



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

INSTITUTO DE POSTGRADO



MAESTRÍA EN SALUD FAMILIAR

**MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL PARA ANCIANOS QUE
ACUDEN A LOS ASILOS DE LA CIUDAD DE IBARRA, PREVIO DIAGNÓSTICO**

Trabajo de investigación previo a la obtención del Grado de Magíster en Salud Familiar

AUTORA: Lic. Margarita Cerón

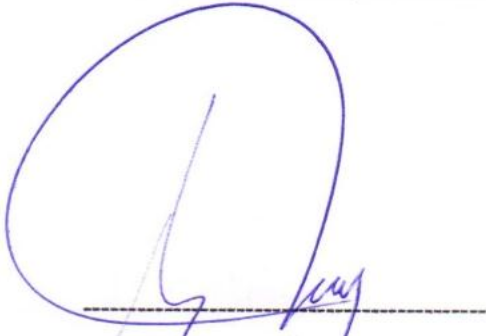
TUTOR: Dr. Julio Miguel Andrade

Ibarra, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutor del trabajo de grado presentado por la licenciada Margarita Cerón para optar por el grado de Magister en Salud Familiar, doy fe de que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación privada y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, noviembre de 2014




Dr. Julio Miguel Andrade

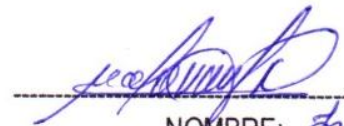
**MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL PARA ANCIANOS QUE ACUDEN A
LOS ASILOS DE LA CIUDAD DE IBARRA, PREVIO DIAGNÓSTICO**

Por: Lic. Margarita Cerón

Trabajo de grado de maestría aprobado en nombre de la Universidad Técnica del Norte,
por el siguiente Jurado, en noviembre de 2014:


NOMBRE: Hilda Yamico Salas
C.I. 0600841897-2


NOMBRE: Mercedes Flores
C.I. 1001859394


NOMBRE: Ing. Marcelo Vallejos Mgs.
C.I. 1001813821

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente quiero agradecer y dar la honra a mi Señor Todopoderoso por bendecirme para llegar a culminar este sueño anhelado.

A mi amada familia, especialmente mi madre, que ha sido la cobertura en cada área de mi vida; a mi esposo, mis hijos y a mi padre, que a pesar de la distancia siempre estuvo atento para saber cómo iba mi proceso.

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas, leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

A mi directora de tesis, Mgs. Morayma Vaca por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

Al doctor Julio Miguel Andrade por su colaboración como revisor y tutor de la tesis.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón; sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: muchas gracias y que Dios los bendiga.

Margarita

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación está especialmente dedicado a quienes son la razón de mi vivir: mi familia: mi madre, esposo e hijos. A ellos elevo mi dedicatoria para que el esfuerzo que implicó este trabajo sea plasmado en el mismo.

Este trabajo también está dedicado a quienes fueron mi inspiración y mi motivación para realizarlo, ellos son mis abuelitos Pedro Rocha y Rebeca Suárez, a quienes les amo mucho.

Margarita

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL PARA ANCIANOS QUE ACUDEN A LOS ASILOS DE LA CIUDAD DE IBARRA, PREVIO DIAGNÓSTICO

Autora: Margarita Cerón

Tutor: Dr. Julio Miguel Andrade

RESUMEN

El presente trabajo se realizó atendiendo las necesidades de los senescentes residentes en los asilos de la ciudad de Ibarra. El **Objetivo** es: Diseñar un Modelo de Atención en Salud Integral para ancianos usuarios de los asilos de la ciudad de Ibarra. Se levantó un diagnóstico sobre la situación actual de los protocolos de atención, características técnicas y profesionales de las áreas de salud, nutrición, recreación y rehabilitación. Como **Métodos** se realizó un estudio descriptivo de corte transversal; el universo de estudio son 109 usuarios, 17 familiares, 26 talentos humanos de cuatro instituciones de cuidado de adultos mayores. **Los resultados** relevantes son: un alto porcentaje realiza actividades complejas; la atención de salud es inadecuada; el médico es itinerante y no cubre las necesidades de los asilados; la relación familiar se ve ausente; las necesidades de la institución son evidentes tanto en infraestructura, como de insumos, recursos humanos, equipos; de los trabajadores, el total del personal son mujeres; más del 50% no tienen ningún tipo de formación, la capacitación recibida no está relacionada con la atención a los usuarios en más del 50%. Se **concluye** que la atención de salud al adulto mayor debe buscar estrategias que permitan un tipo de atención integral, además de la colaboración de usuarios, personal de salud y la corresponsabilidad de familiares. La **propuesta** orienta al desarrollo de un Modelo de Atención Integral de Adultos Mayores que incluye protocolos de atención para el personal de salud y los familiares de los usuarios.

Palabras clave: Adulto mayor, modelo de atención integral, calidad, salud.

MODEL OF COMPREHENSIVE HEALTH CARE FOR ELDERLY CARE WHO GO TO CITY IBARRA, PREVIOUS DIAGNOSIS.

Author: Margarita Ceròn

Tutor: Dr. Julio Miguel

ABSTRACT

This work was meeting the needs of the senescent residents in the nursing homes in the city of Ibarra. The aim is: designing a model of attention in Integral health for elderly users of orphanages in the city of Ibarra. Rose a diagnosis of the current situation of care protocols, technical and professional characteristics of the areas of health, nutrition, recreation and rehabilitation. As methods was a descriptive cross-sectional study; the universe of study are 109 users, 17 families, 26 human talents of four institutions for care of older adults. The relevant results are: a high percentage performed complex activities; health care is inadequate; the doctor is traveling and does not cover the needs of the inmates; the family relationship is absent; the needs of the institution are evident both in infrastructure and supplies, manpower, equipment; workers, the total number of the staff are women; more than 50% do not have any type of training, the training received is not related to attention to users in more than 50%. It is concluded that health care to the elderly must seek strategies that allow a type of integral attention, in addition to the collaboration of users, personal health and stewardship of family. The proposal aimed at the development of a model of comprehensive elder care including treatment protocols for health personnel and the relatives of users.

Keywords: elderly, comprehensive care model, quality, health

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xi
ÍNDICE DE TABLAS.....	xiii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xiii
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	5
EL PROBLEMA	5
1.1 Contextualización del problema	5
1.2 Formulación del problema.....	7
1.3 Objetivos de la investigación.....	8
1.3.1 Objetivo General	8
1.3.2 Objetivos Específicos	8
1.4 Preguntas directrices	9
1.5 Justificación	10
1.6 Viabilidad y factibilidad.....	11
CAPÍTULO II.....	13
MARCO TEÓRICO	13
2.1 Teoría base de salud integral para el adulto mayor	13
2.2 Gerontología	14
2.2.1 Vejez	15
2.2.2 Diagnóstico.....	16
2.2.3. Problemas derivados del envejecimiento	16
2.3 Normas y protocolos de atención al adulto mayor	17
2.3.1 Promoción de la salud.....	17

2.3.2 Prevención	18
2.3.3 Patologías según morbilidad	20
2.4 Infraestructura de los centros de atención del adulto mayor	24
2.4.1 Condiciones de un centro de atención del adulto mayor para ser adecuado	24
2.5. Modelo de Atención y Gestión de los Centros para el Adulto Mayor	26
2.5.1. Tres ejes de política pública prioritaria	26
2.5.2. Componentes de la atención	29
2.6 Aspectos legales	32
2.6.1 Ley del Anciano	32
2.6.2 Desprotección Jurídico-Social.	33
2.7 Posicionamiento teórico personal	33
CAPÍTULO III.....	37
METODOLOGÍA.....	37
3.1 Tipo de investigación	37
3.2. Diseño.....	37
3.3 Población o universo.....	38
3.4 Métodos	38
3.4.1. Método Inductivo	39
3.4.2. Método Deductivo.....	39
3.4.3 Método Analítico Sintético	40
3.4.4. Información Secundaria.....	40
3.5. Procedimiento de elaboración de la propuesta	40
3.5.1 Diagnóstico.....	40
3.5.2 Planificación para la solución	40
3.6. Trascendencia científica y valor práctico de la investigación	41
3.7 Variables del estudio.....	42
3.7.1 Variables y operacionalización.	42
CAPÍTULO IV	51
RESULTADOS	51
4.1 Análisis de resultados	51
4.2 Discusión de resultados	81
4.3 Conclusiones	84

4.4 Recomendaciones	85
CAPÍTULO V	87
PROPUESTA	87
MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL	87
5.1 Introducción	87
5.2 Fundamentación	89
5.3 Objetivos	91
5.3.1 Objetivo general	91
5.3.2 Objetivos específicos	92
5.4 Beneficiarios	92
5.5 Desarrollo	92
BIBLIOGRAFÍA CITADA	100
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	102
ANEXOS	104
ANEXO 1 ENCUESTA PARA PERSONAL DE ASILO	104
ANEXO 2 ENCUESTA A FAMILIAS	106
ANEXO 3 ENCUESTA PARA PERSONAL DE ASILO	108
ANEXO 4 ENCUESTA PARA LAS INSTITUCIONES	110
ANEXO 5 PROTOCOLOS DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR	115

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Índice envejecimiento en el Ecuador 2010.....	3
Gráfico 2 Distribución de usuarios asilados en instituciones de cuidado para adultos mayores por sexo en la ciudad de Ibarra.....	51
Gráfico 3 Distribución de la necesidad de ayuda para actividades básicas cotidianas de los usuarios asilados en instituciones de Ibarra.....	54
Gráfico 4 Distribución de valoración de actividades básicas cotidianas complejas en los usuarios de las instituciones de Ibarra 2010.....	55
Gráfico 5 Distribución porcentual de la morbilidad de los ancianos de las instituciones de la ciudad de Ibarra 2010.....	56
Gráfico 6 Percepción de los usuarios sobre la afectividad de los familiares de los asilados de las instituciones de Ibarra 2010.....	57
Gráfico 7 Aceptación de la permanencia por parte de los usuarios hacia las instituciones de Ibarra.....	58
Gráfico 8 Distribución porcentual del número de visitas de los familiares a los usuarios asilados en Ibarra.....	59
Gráfico 9 Distribución porcentual del uso del tiempo libre los usuarios asilados en la ciudad de Ibarra 2010.....	60
Gráfico 10 Distribución porcentual de la atención médica a los usuarios asilados en instituciones de la ciudad de Ibarra 2010.....	61
Gráfico 11 Distribución porcentual de los tiempos de comida que reciben los usuarios asilados en las instituciones de Ibarra 2010.....	62
Gráfico 12 Distribución porcentual de la percepción de la alimentación por los usuarios de las instituciones de Ibarra 2010.....	63
Gráfico 13 Distribución porcentual de disposición de equipos de apoyo de los usuarios asilados en instituciones de Ibarra 2010.....	64
Gráfico 14 Distribución porcentual de la percepción de cuidados recibidos por los usuarios asilados en las instituciones de Ibarra 2010.....	65
Gráfico 15 Distribución porcentual de las responsabilidades impuestas a los usuarios por parte de las instituciones de Ibarra.....	66
Gráfico 16 Distribución porcentual del personal de los asilos que labora durante un turno diurno de la ciudad de Ibarra 2010.....	67

Gráfico 17 Distribución porcentual de la edad del personal que trabaja en los asilos de la ciudad de Ibarra.....	68
Gráfico 18 Distribución porcentual del personal que llevan registro de actividades los trabajadores de los asilos de la ciudad de Ibarra.....	72
Gráfico 19 Criterio de los trabajadores sobre las necesidades materiales y de talento humano en los asilos de la ciudad de Ibarra	73
Gráfico 20 Percepción del ambiente laboral por parte de los trabajadores de los asilos de la ciudad de Ibarra	74
Gráfico 21 Ocupación e instrucción de los familiares de los usuarios de los asilos de la ciudad de Ibarra.....	76
Gráfico 22 Frecuencia de la visita a los usuarios de los asilos de la ciudad de Ibarra por parte de los familiares.....	77
Gráfico 23 Tipo de apoyo que brindan los familiares a los usuarios de los asilos de la ciudad de Ibarra.....	78
Gráfico 24 Familiares que han recibido capacitación por parte del personal de los asilos de la ciudad de Ibarra	79
Gráfico 25 Percepción de los familiares sobre el trato que reciben los adultos mayores en los asilos de Ibarra.....	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Diferencia entre los modelos de atención	27
Tabla 2 Matriz de Variables	43
Tabla 3 Variables del personal que trabaja en los asilos:	47
Tabla 4 Variables de los familiares	49
Tabla 5 Datos socio demográficos de los usuarios de los asilos de ancianos de la ciudad de Ibarra	52
Tabla 6 Distribución porcentual del talento humano que disponen los asilos de Ibarra.....	69
Tabla 7 Caracterización laboral del personal en los asilos de la ciudad de Ibarra.....	70
Tabla 8 Edad y sexo de familiares de los adultos mayores de los asilos de la ciudad de Ibarra	75

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Actividades a realizarse en este ámbito de APS.....	96
Cuadro 2 Actividades del eje atención primaria de salud	96
Cuadro 3 Actividades a realizarse del eje educación continua al personal de salud	98

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 MODELO PROPUESTO DE ATENCION INTEGRAL DE ATENCION AL ADULTO MAYOR.....	93
--	----

INTRODUCCIÓN

La transición demográfica y epidemiológica que revela un envejecimiento progresivo a nivel mundial, requiere estrategias innovadoras en la planeación de los servicios destinados a mejorar la calidad de atención de salud del grupo de adultos mayores.

La Organización Mundial de la Salud sugiere que “podemos envejecer con dignidad si los países, las regiones y las organizaciones internacionales promulgan políticas y programas de ‘envejecimiento activo’ que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad.”

La pirámide poblacional en la región en general ha incrementado la esperanza de vida al nacer aumentando el pico superior de la pirámide poblacional. Así mismo, es importante mencionar que, según los últimos datos arrojados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) los porcentajes de morbimortalidad en el adulto mayor son muy altos sobre todo en las patologías crónico-degenerativas propias de la tercera edad como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares, lo que sugiere la necesidad de crear políticas y estrategias que permitan dar una vida digna al adulto mayor atendiendo el perfil epidemiológico para disminuir la morbimortalidad, especialmente de esas patologías crónico-degenerativas no transmisibles (INEC, 2010).

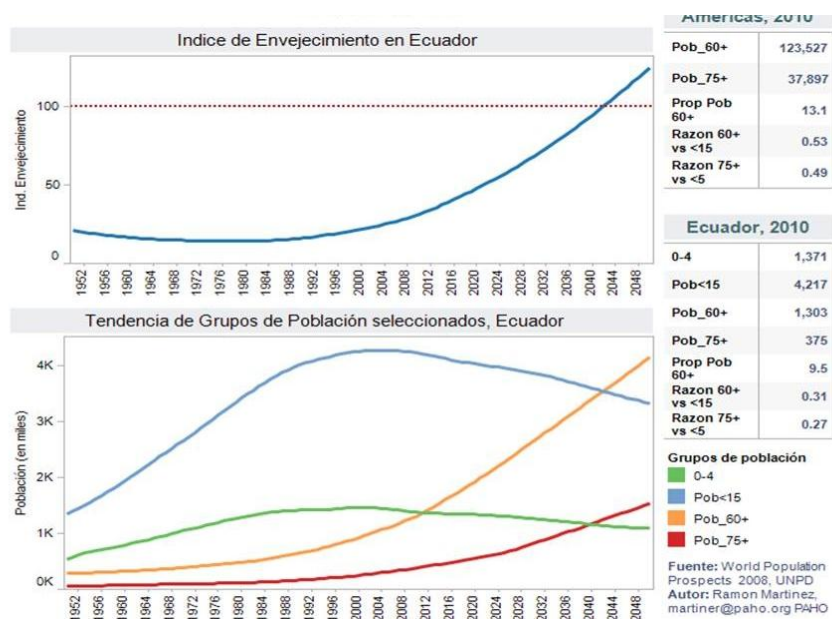
(Salinas, Bello, Flores, CArbullanca, & Torres, 2005) como respuesta a la situación de post transición epidemiológica, nutricional y de estilos de vida saludables en el Ecuador, caracterizada por el aumento de la expectativa de vida, prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y de obesidad indican que es importante implementar estrategias a nivel local y nacional para mejorar la calidad de vida de los adultos para cuando llegan a la tercera edad y evitar así que la morbimortalidad sea alta.

De acuerdo a los indicadores del (INEC, 2010) en el Ecuador la esperanza de vida se ha incrementado; las proyecciones de población indican un aumento ascendente, alcanzando en los hombres 75 años y en las mujeres 78 años.

Según los indicadores nacionales de salud, recogidos de los indicadores del (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2010) se evidencia que entre las diez primeras causas de mortalidad general predominan la diabetes mellitus, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades hipertensivas, influenza y neumonía, enfermedades isquémicas del corazón, accidentes de transporte terrestre, insuficiencia cardíaca y enfermedades mal definidas, alzhéimer, cáncer, entre otras, consideradas patologías propias de los adultos mayores.

Respecto de la provincia de Imbabura, también se evidencian en el mismo orden las primeras causas de mortalidad, y son: enfermedades cerebro vasculares, enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, influenza, accidentes de transporte, enfermedades hipertensivas, insuficiencia cardíaca, neoplasias, agresiones, enfermedades del aparato urinario y cáncer.

Gráfico 1 Índice envejecimiento en el Ecuador 2010



Fuente: Naciones Unidas. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Proyecciones Mundiales de Población: Revisión 2008, <http://esa.un.org/unpp> consultada en febrero 2010.

Es importante mencionar que la esperanza de vida al nacer aumentó en la región, por ello el índice de envejecimiento también aumenta en el Ecuador, aproximadamente desde el año 2000, ello trae consigo la necesidad de aumentar la cobertura de atención a este importante grupo de población.

Las instituciones de atención a este grupo de edad no consideran los indicadores de salud para elaborar su programación y estrategias para el cuidado adecuado del adulto mayor.

Considerando que existe un incremento en los últimos años de la población adulta mayor, hecho que repercute en el número también cada vez más alto de personas residentes en estos centros, lugares que por lo regular dependen del Estado y cuyas características tanto materiales como infraestructurales, así como al personal especializado para atender a las personas que ahí viven, no son las adecuadas, constituye un aspecto importante plantear un modelo de atención en salud integral para

las personas adultas mayores en los asilos de la ciudad de Ibarra, ya que el personal que atiende a este sector de la población desarrolla un papel crucial en el funcionamiento de tales instituciones. El cuidador, al igual que los residentes de los centros de atención al adulto mayor, es un ser humano, con una carga inherente a la labor que realiza y que, además, transita por todas las emociones o conflictos que implica desempeñar su puesto, por lo que necesita desarrollar sus capacidades para obtener resultados esperados.

En la ciudad de Ibarra existen cuatro asilos públicos que conforman el objeto de estudio de esta investigación. El adulto mayor es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello la atención a este grupo de edad debe entenderse como un sistema en que sus necesidades se interrelacionan e interactúan, y precisan ser atendidas.

Las capacidades del anciano son limitadas y muchas veces insuficientes para su autocuidado; de igual manera los recursos humanos que trabajan en los centros gerontológicos carecen de la preparación adecuada y la cualificación técnica respecto a las adecuadas consideraciones que un anciano requiere cuando reside en un asilo, lo que hace imperativa la necesidad de elaborar una propuesta de un manual de Atención Integral a los adultos mayores.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Contextualización del problema

En la actualidad el cuidado del adulto mayor ya no se lo realiza muy comúnmente en su hogar; existen muchos motivantes para este fenómeno, puede ser el excesivo ritmo que las sociedades mantienen, que no deja tiempo para nuevas responsabilidades a las familias que no están preparadas para estas tareas, por lo que recurren a un asilo para que reciban atención y una socialización acorde a sus circunstancias.

El atender a una persona adulta mayor trae algunas dificultades en el hogar, por la carencia de capacitación de los familiares para su adecuado cuidado, aún más si se trata de una persona dependiente para la realización de sus actividades diarias; también existen ancianos cuya posibilidad económica tanto propias como de sus familiares no les permite el cuidado y atención que requiere.

El cuidado del adulto mayor en un asilo, una vez que éste depende totalmente de sus cuidadores, es una problemática muy amplia que exige no sólo experiencia sino de la aplicación de una metodología de atención y cuidado ajustados específicamente para las necesidades de cada persona. Se trata de lograr una conducta equilibrada, por una parte, evitar agredir su dignidad sin dejar de prodigarle los cuidados adecuados, y, por otro lado, no incurrir en el error de olvidarse de las propias necesidades (de quien lo atiende) ya que sólo así se podrá brindar una atención de calidad.

En los centros gerontológicos, el cuidado de los adultos mayores también representa un verdadero reto debido a las limitaciones y enfermedades que pueden presentar algunos beneficiarios de estos centros, y en parte a su carácter y sus obsesiones o

necesidades; la mayoría de estos lugares no cuentan con la atención adecuada que se les debe proporcionar debido en gran parte a la carencia de conocimientos de sus cuidadores.

De acuerdo al Censo Poblacional del 2010, los adultos mayores representan el 11,0% del total de la población; en la Provincia de Imbabura; en los asilos existentes en la ciudad de Ibarra se encuentran 109 ancianos, el 49,54% son sexo masculino y 50,45% son de sexo femenino. Dentro de los asilos la adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo, lo que se traduce en una actitud que trasunta valores como el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores.

Debido a la complicada situación que requiere el cuidado del adulto mayor existe la necesidad de darle una atención más adecuada y característica según sus requerimientos de salud. De acuerdo a la observación realizada a estos centros gerontológicos, estos cuidados no se dan actualmente en los asilos de la ciudad de Ibarra.

1.2 Formulación del problema

¿Los asilos de ancianos disponen de un modelo de atención integral de salud para el adulto mayor? ¿La falta de un modelo de atención integral de salud para el adulto mayor contribuye a la presencia de enfermedades crónicas y complicaciones de salud por falta de atención apropiada y oportuna? ¿Se está cumpliendo las metodologías dirigidas al cuidado y protección del adulto mayor?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Diseñar un modelo de atención en salud integral para ancianos usuarios de los asilos de la ciudad de Ibarra durante el año 2011.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Describir las características sociodemográficas de los asilados, del talento humano y de la familia.
- b) Evaluar el tipo de atención integral que reciben los usuarios de los asilos de ancianos de la ciudad de Ibarra
- c) Definir las características técnicas y profesionales del personal de las áreas de salud, nutrición, recreación y rehabilitación.
- d) Diseñar un modelo a adoptarse en la prospectiva moderna y técnica.

1.4 Preguntas directrices

Sobre la base de lo expuesto, se plantean las siguientes interrogantes:

- a) ¿Las técnicas con que actualmente se atiende al adulto mayor responden a un criterio técnico o a un criterio asistencialista?
- b) ¿Cómo se encuentra la situación de salud del adulto mayor?
- c) ¿Contribuye el personal de los asilos de la ciudad de Ibarra en las áreas de salud, nutrición, recreación y rehabilitación para el cuidado integral del adulto mayor?
- d) ¿La elaboración y aplicación de un modelo de atención en salud integral para personas de la tercera edad, permitirá el mejoramiento de la calidad de vida y la disminución de las complicaciones de salud por falta de atención apropiada y oportuna?

1.5 Justificación

La esperanza de vida al nacer se ha incrementado, dando un giro a las estadísticas locales, nacionales e internacionales. La reforma constitucional en lo pertinente a la legislación del anciano y la ley que lo protege, dando el derecho al bienestar, específicamente a gozar de atención de salud, obliga a las instituciones públicas y privadas a dar cumplimiento a las políticas públicas establecidas para brindar atención en salud integral con calidad y calidez a este grupo de atención prioritaria.

La reforma a la constitución, la Ley del Anciano y las políticas públicas establecidas en las distintas instancias jurídicas han impulsado la realización del presente trabajo, que permitirá evaluar las debilidades de los centros de atención de los ancianos y, en base a esta realidad, elaborar un modelo de atención integral que se ajuste al contexto y que de cumplimiento a las normas mínimas indispensables para la atención de los senescentes.

Actualmente las instituciones laborales en el medio no disponen de programas de reorganización post jubilar, ya que se limitan a pagar a su personal lo correspondiente a la afiliación a la seguridad social y en cuanto termina la vida productiva activa las personas pasan al olvido completamente, por lo que se considera que este modelo de atención y su aplicación contribuirá al mejoramiento de la situación actual del adulto mayor.

1.6 Viabilidad y factibilidad

Es factible realizar la presente investigación porque cumple con todos los requerimientos en los ámbitos: administrativo, técnico, social, político y legal.

La realización de la propuesta es generadora de cambios en la promoción de la salud, prevención y reducción de enfermedades crónico – degenerativas propias de la tercera edad, así como en la calidad, calidez, eficacia y eficiencia de atención hacia un grupo vulnerable de la sociedad que va en aumento.

Al existir solamente cuatro asilos destinados al cuidado del adulto mayor en la ciudad de Ibarra y proponer un mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores la disposición de las autoridades de la Dirección Provincial de Salud del Imbabura, debe brindar las facilidades para el desarrollo del trabajo y la socialización y aplicación de la propuesta.

El presente trabajo investigativo cuenta con suficiente bibliografía especializada para el desarrollo del tema de investigación, además de que en la ciudad contamos con la Universidad Técnica del Norte, y en sus instalaciones con la facultad Ciencias de la Salud generadora de profesionales en enfermería, nutrición y fisioterapia; así como la Dirección Provincial de Salud, parte del MSP.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Teoría base de salud integral para el adulto mayor

Según (Meraz, 2014, pág. 32), “la salud integral es un estado de bienestar ideal que solo se logra cuando existe un balance adecuado entre los factores físicos, emocionales, espirituales, biológicos y sociales.” De esta manera el ser humano crece en todos los ámbitos de la vida y, por consiguiente se siente sano y feliz.

La salud integral y sus consecuencias trascienden en todos los perímetros de la vida y afecta de forma física, mental y social. La salud concede el desarrollo de las capacidades y habilidades que cada ser humano tiene, como ser individual y único.

Con el paso de los años se va produciendo un deterioro de la capacidad del organismo para la regeneración de las células. Los cambios que se producen en el organismo por el envejecimiento son similares a lesiones que ocurren en las patologías. La trama tisular y las células del organismo debido a factores exógenos tales como los agentes físicos, los agentes químicos y los agentes biológicos y, por otra parte, los factores endógenos: neoplasias, auto inmunidad y los trastornos genéticos producen una respuesta insuficiente de la célula.

Al referirse a la calidad de vida del adulto mayor, (Velandia, 1994, pág. 12) señala que:

Es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial

cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez.

Por su parte, (Krzemien, 2001, pág. 121) sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor

Se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor.

(Martin, 1994, pág. 112), otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor “consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa”.

2.2 Gerontología

(Jaimes & Ortiz, 2006, pág. 74), definen a la Gerontología como “tratado es el estudio de la vejez”. Entendemos esto como el conjunto de conocimientos y estudio del fenómeno del envejecimiento en su totalidad. Por lo tanto, la Gerontología abarca las aportaciones de todas las disciplinas científicas, filosóficas, artísticas, etcétera, sobre el envejecimiento. Es muy vasta. y la Geriatria constituye la parte eminentemente biológica, médica, de la Gerontología.

Los autores citados, al referirse a la Geriatria, señalan que es la rama de la Medicina Interna, que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez. La Geriatria es una parte de la Gerontología. El geriatra como especialista en medicina, debe tener no solamente conocimientos biomédicos, sino sólidas bases gerontológicas.

El término gerontología proviene etimológicamente del griego, geron = viejo y logos = estudio. Parece que el término gerontocracia, con el que se describía en la Grecia antigua al gobierno controlado por los ancianos pudiera haber sido el término precursor. Los espartanos capitalizaban la experiencia de los ancianos. Los Gerontes era un consejo de 28 hombres que pasaban de los 60 años y controlaban el gobierno de la Ciudad-Estado.

Según el Comité para la Historia de la Gerontología, la Geriátrica es, por tanto, una rama de la Gerontología y la Medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos, y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos. Es una ciencia práctica aplicada, que se ocupa de la asistencia integral a estas personas.

2.2.1 Vejez

Etapa de la vida comienza a los 65 años, avanza cronológicamente desde los 75 a 85 años. Está constituido por el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos

El envejecimiento es un proceso individualizado, que cursa de manera distinta en razón de la biología de cada sujeto. El envejecimiento fisiológico se considera un hecho normal, siempre que posibilite el disfrute de una buena calidad de vida, adaptada a las diferentes situaciones funcionales y orgánicas que acontecen a lo largo de la existencia.

Cuando se instauran una o varias enfermedades en el proceso fisiológico de envejecimiento y modifica el curso del mismo, se habla de envejecimiento patológico.

Son ancianos vulnerables:

- a) Ancianos que no tienen hijos
- b) Ancianos con discapacidades o severas limitaciones
- c) Ancianos con escasos recursos económicos
- d) Parejas de ancianos en el que uno de ellos está discapacitado o enfermo.

- e) Bajo nivel socio cultural
- f) Carencia de redes de apoyo
- g) Aislamiento emocional

2.2.2 Diagnóstico

La salud integral en los ancianos es un contenido del área de salud y como tal tiene por objetivo el conocimiento y desarrollo de la disponibilidad personal adecuado para este fin, pero con la particularidad de desarrollarse en los lugares destinados para el cuidado de los ancianos vulnerables, por lo que, además, podemos plantearnos la posibilidad de la preparación de cuidadores permanentes o no habituales que brinden seguridad y atención eficaz y que esto sea una labor más satisfactoria tanto para los cuidadores como para el anciano.

Los cuidadores deben estar pendientes de satisfacer las necesidades de cada anciano y de la totalidad del grupo en el desarrollo de sus diarias actividades, así como de su salud, y lograr consecuentemente una mejor calidad de vida, estima propia y tranquilidad. Se debe recordar que el anciano vulnerable descubre en el asilo una nueva forma de vida, que su estado mental y anímico sufre de expectativas y seguramente la esperanza de una mejor experiencia que en su anterior medio.

2.2.3. Problemas derivados del envejecimiento

- a) De índole sanitaria: aumento de enfermedades crónicas y demandas de hospitalización.
- b) Económicas: disminución de la población activa y mayores cargas para los sistemas de seguridad social.
- c) Psicológicas: reacciones psicógenas de los ancianos y de las familias.
- d) Mayor número de plazas y camas psico - gerontológicas.

- e) Políticas: tendencia al conservadurismo, choques generacionales y modos de vida diferentes.

2.3 Normas y protocolos de atención al adulto mayor

Según (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2010) “la atención integral es la satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, productivas y espirituales de las personas adultas mayores” (parrf 2). Para facilitarles una vejez plena y sana, se considerarán sus hábitos, capacidades funcionales y preferencia.

2.3.1 Promoción de la salud

Según las Cartas de Ottawa y Yakarta, la promoción de la salud es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente.

2.3.1.1 Independencia y autonomía

La capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

2.3.1.2 Auto cuidado y estilos de vida saludable

Cuidarse y respetarse a sí mismo, constituyéndose un sujeto responsable de sus propios actos, creando un futuro más saludable favoreciendo su independencia.

2.3.1.3 Seguridad y ambientes saludables

Un entorno de trabajo saludable es un lugar donde todos trabajan unidos para alcanzar una visión conjunta de salud y bienestar para los trabajadores y la comunidad. Esto proporciona a todos los miembros de la fuerza de trabajo, condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protegen y promueven la salud y la seguridad. Esto permite a los jefes y trabajadores tener cada vez mayor control sobre su propia salud, mejorarla y ser más energéticos, positivos y felices.

2.3.2 Prevención

“Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (Vignolio, Vacarrea, Álvarez, & Sosa, 2011)

2.3.2.1 Dependencia funcional

La definición de dependencia propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) representó un importante avance en la descripción, cuantificación y gradación del fenómeno. La dependencia se define como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”.

2.3.2.2 Caídas

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales.

2.3.2.3 Depresión

Depresión proviene del término latino *depressión* que, a su vez, procede de *depressus* (“abatido” o “derribado”). Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.

2.3.2.4 Incapacidad de moverse

Es conocido que en esta enfermedad existe un deterioro de la capacidad de desempeñar las actividades de la vida diaria (AVD). No obstante, se ha comprobado que el deterioro de estas capacidades progresa no sólo a partir del deterioro de las funciones motoras, sino desde el deterioro progresivo de cualquiera de las esferas: biológica, psíquica, social, espiritual o funcional, lo que, eso sí, termina por afectar de alguna manera la capacidad de moverse del paciente. (Jiménez & Carrillo, 2002)

2.3.2.5 Incontinencia urinaria

Según el Manual de Geriátrica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile (2009), la incontinencia urinaria se define como la condición en la cual se produce una pérdida involuntaria de la orina por la uretra suficiente para constituirse en un problema social-médico. Este es un síntoma-problema heterogéneo que es frecuente de encontrar en los adultos mayores.

2.3.2.6 Disfunción sexual

Se entiende por disfunción sexual la alteración persistente de los patrones normales del interés y la respuesta sexual, que interfiere con la adecuada realización y gratificación de la misma. Pueden ser sintomáticas de problemas biológicos (biogénas), conflictos intrapsíquicos o interpersonales (psicógenas) o de la combinación de ambos factores.

La función sexual puede verse afectada por estrés de cualquier causa, trastornos emocionales o ignorancia sobre la función y la fisiología sexuales.

2.3.3 Patologías según morbilidad

Se refiere a los efectos de una enfermedad en una población en el sentido de la proporción de personas que la padecen en un sitio y tiempo determinado.

2.3.3.1 Hipertensión

La revista electrónica DMedicina.com define la hipertensión arterial como una **patología crónica que consiste en el aumento de la presión arterial**. Una de las características de esta enfermedad es que no presenta unos síntomas claros y que estos no se manifiestan durante mucho tiempo.

La hipertensión es una patología tratable. Si no se siguen las recomendaciones del médico, se pueden desencadenar complicaciones graves, como por ejemplo, un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente.

Las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede verse dificultado al paso de sangre a través de ellas. Esto se conoce con el nombre de arterioesclerosis.

La tensión arterial tiene dos componentes:

- a) **Tensión sistólica:** Es el número más alto. Representa la tensión que genera el corazón cuando bombea la sangre al resto del cuerpo.
- b) **Tensión diastólica:** Es el número más bajo. Se refiere a la presión en los vasos sanguíneos entre los latidos del corazón.

La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mmHg). La tensión arterial alta (HTA) se diagnostica cuando uno de estos números o ambos son altos. Esta enfermedad se conoce también como hipertensión.

La tensión arterial alta se clasifica como:

- a) Normal: menos de 120/80 mmHg
- b) Prehipertensión: 120/80 a 139/89 mmHg- E

2.3.3.2 Diabetes

(Zimmet, 1997, pág. 23) Define a la diabetes como

Una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales.

Hay tres tipos principales de diabetes:

- a) diabetes tipo 1
- b) diabetes tipo 2
- c) diabetes mellitus gestacional (DMG)

La **diabetes tipo 1** está causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensas del organismo ataca las células productoras de insulina del páncreas. Como resultado, el organismo deja de producir la insulina que necesita. La razón por la que esto sucede no se acaba de entender. La enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero suele aparecer en niños o jóvenes adultos. Las personas con esta forma de diabetes necesitan inyecciones de insulina a diario con el fin de controlar sus niveles de glucosa en sangre. Sin insulina, una persona con diabetes tipo 1 morirá.

La **diabetes tipo 2** es el tipo más común de diabetes. Suele aparecer en adultos, pero cada vez más hay más casos de niños y adolescentes. En la diabetes tipo 2, el organismo puede producir insulina pero, o bien no es suficiente, o el organismo no responde a sus efectos, provocando una acumulación de glucosa en la sangre.

Las personas con diabetes tipo 2 podrían pasar mucho tiempo sin saber de su enfermedad debido a que los síntomas podrían tardar años en aparecer o en reconocerse, tiempo durante el cual el organismo se va deteriorando debido al exceso de glucosa en sangre. A muchas personas se les diagnostica tan sólo cuando las complicaciones diabéticas se hacen patentes.

La **Diabetes mellitus gestacional**. Se dice que una mujer tiene diabetes mellitus gestacional (DMG) cuando se le diagnostica diabetes por primera vez durante el embarazo. Cuando una mujer desarrolla diabetes durante el embarazo, suele presentarse en una etapa avanzada y surge debido a que el organismo no puede producir ni utilizar la suficiente insulina necesaria para la gestación. Ya que la diabetes gestacional suele desarrollarse en una etapa avanzada de la gestación, el bebé ya está bien formado, aunque siga creciendo. El riesgo para el bebé es, por lo tanto, menor que los de cuyas madres tienen diabetes tipo 1 o tipo 2 antes del embarazo. Sin embargo, las mujeres con DMG también deben controlar sus niveles de glucemia a fin de minimizar los riesgos para

el bebé. Esto normalmente se puede hacer mediante una dieta sana, aunque también podría ser necesario utilizar insulina o medicación oral.

La diabetes gestacional de la madre suele desaparecer tras el parto. Sin embargo, las mujeres que han tenido DMG corren un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 con el paso del tiempo. Los bebés nacidos de madres con DMG también corren un mayor riesgo de obesidad y de desarrollar diabetes tipo 2 en la edad adulta.

2.3.3.3 Osteoporosis

La osteoporosis es una enfermedad sistémica que se caracteriza por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la microarquitectura de los huesos, lo que supone un aumento de la fragilidad de los huesos y del riesgo de sufrir fracturas. (DMedicina.com, 2011). Esta patología es asintomática y puede pasar desapercibida durante muchos años hasta que finalmente se manifiesta con una fractura. El término osteoporosis deriva del latín, que significa literalmente "huesos porosos", porque de las diferencias fisiológicas, nutricionales y hormonales entre hombres y mujeres; la osteoporosis afecta primariamente a mujeres

2.3.3.4 Insuficiencia cardíaca

A pesar de cómo suena, el término "insuficiencia cardíaca" simplemente significa que el corazón no está bombeando sangre tan bien como debería. La insuficiencia cardíaca no significa que el corazón ha dejado de funcionar ni que usted tiene un ataque cardíaco (aunque, a menudo, las personas que tienen insuficiencia cardíaca han tenido un ataque cardíaco en el pasado). La insuficiencia cardíaca también se llama insuficiencia cardíaca congestiva (CHF, por sus siglas en inglés). "Congestiva" significa que se acumula líquido en el cuerpo dado que el corazón no está bombeando correctamente. (Family doctor.org, 2014)

Se habla de insuficiencia cardiaca cuando la función del corazón está alterada o no bombea suficiente sangre como abastecer a los órganos, músculos y tejidos del organismo. Cuando el corazón empieza a fallar, el organismo lo detecta inmediatamente y pone en marcha los mecanismos compensatorios, por lo que muchos pacientes no llegan a percibir los síntomas anormales que manifiesta el corazón. Estos mecanismos sólo son eficaces durante cierto tiempo, por lo que llega un momento en el que el organismo no puede remediar el fallo en el bombeo del corazón.

2.4 Infraestructura de los centros de atención del adulto mayor

(Ramírez, 1996) citando los reglamentos para la Ley para las personas con discapacidad del Distrito Federal de México, señala que “La Organización Mundial de la Salud y posteriormente numerosos otros organismos internacionales e investigadores, concuerdan que en los adultos mayores lo más importante es mantener la funcionalidad en el diario vivir”. Por ello, la vida en la residencia debe tender a la normalización, existir rutinas estructuradas y aunque pueda ser más rápido y sencillo que el personal haga las cosas en vez de los residentes, la residencia debería esforzarse en conseguir que sus usuarios sigan siendo lo más funcionales e independientes que puedan.

2.4.1 Condiciones de un centro de atención del adulto mayor para ser adecuado

- a) Se deben considerar pisos antideslizantes,
- b) Escalones con mamperlán redondeado para evitar fracturas.
- c) El piso de los baños debe ser de un material que sea fácil de limpiar. No deben guardar olores. Los recubrimientos deben ser de tonos claros en muros y plafones para proporcionar mayor luz en interiores debido a las carencias visuales de los ocupantes.
- d) Los materiales que se utilicen para fabricar puertas, ventanas y domas, deben resistir al fuego por lo menos una hora;
- e) El ancho de pasillos debe ser, como mínimo, de 1.20 m.
- f) Para la prevención de siniestros se preferirán materiales incombustibles.

Es importante tomar en cuenta la sensación de calidez de hogar para elegir todos los elementos de recubrimiento.

2.4.1.1 Instalaciones

Acústica. Se debe considerar un aislante para cubrir, muros, techos y pisos de los dormitorios y zonas de descanso.

Calefacción. No debe pasar de 21° C; el usuario debe poder controlar la temperatura desde su cuarto. La temperatura recomendable en habitaciones debe ser de 21° C; la mínima temperatura en las noches debe ser de 10° C. Los controles deben instalarse a una altura de 1.00 a 1.05 m del suelo.

Elevadores. Se utiliza cuando las habitaciones estén en dos o más plantas; estará acondicionado para que pueda maniobrar una silla de ruedas y una camilla; debe tener teléfono, timbre de alarma, iluminación de emergencia. La altura de los mandos debe ser cómoda.

Hidráulica sanitaria. Se recomiendan regaderas tipo teléfono; las bañeras deben contar con asiento y con todos los accesorios necesarios para que el anciano se pueda sostener levantarse y sentarse, en caso de que no sea lo suficientemente fuerte; el lavabo, W.C. y regadera, deben estar acondicionados para que pueda maniobrar una silla de ruedas y tener accesorios adecuados para un discapacitado.

Iluminación. En el diseño de las ventanas se deben evitar los reflejos de los materiales cuando se utiliza la iluminación natural para ambientar el lugar así como cuando se utilice la iluminación artificial y evitar que la luz incida en los ojos para evitar daños irreparables.

Planta de luz auxiliar. Funciona automáticamente al interrumpirse la corriente eléctrica; puede funcionar con combustible.

Sistema contra incendios. Contará con extintores en pasillo y áreas de mayor concurrencia, su señalización debe establecerse de acuerdo a los estándares internacionales. También contará con una toma en las áreas exteriores para la conexión con el cuerpo de bomberos.

Teléfonos. En las oficinas de gobierno, en los exteriores e incluso en las zonas de convivencia o el de los dormitorios de los albergados deberán instalarse teléfonos para que los asilados puedan comunicarse fácilmente al interior del edificio y con su familia.

Timbre. En todo el edificio debe colocarse un sistema de alarma e interfono en lugares específicos y con pulsos al alcance de los ancianos desde sus camas. Deben estar conectados con la zona de control, oficina del encargado, dormitorio u otra persona que tenga la responsabilidad de sustituir al encargado. Debe haber video-portero en accesos, salidas y salas de descanso para vigilar a los ancianos.

2.5. Modelo de Atención y Gestión de los Centros para el Adulto Mayor

En la Guía Operativa del Modelo de Atención y Gestión de los Centros Residenciales del Buen Vivir para el Adulto Mayor, el (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013) orienta la forma en que se debe aplicar el modelo de gestión para la atención a los adultos mayores.

El modelo de gestión es el conjunto de componentes, protocolos, procesos, metodologías e instrumentos institucionales que, operando coherentemente, garantizan una atención continua y de calidad, orientada a la promoción, prevención, recuperación y atención digna del adulto mayor.

2.5.1. Tres ejes de política pública prioritaria

- a) Inclusión y cohesión social, entendidas como la acción de neutralizar el impacto de determinados riesgos en las personas adultas mayores, en procura del

mejoramiento de sus condiciones materiales de vida, así como el desarrollo de actitudes y prácticas que afiancen el sentido de pertenencia, la solidaridad social y estimulen el sentido del buen vivir,

- b) Protección especial, asumida como el conjunto de mecanismos dirigidos a la promoción, preservación y restitución de los derechos de las personas mayores que se encuentren en situación de amenaza o violación de los mismos, con el fin de establecer una sociedad de justicia y una cultura de legalidad; y
- c) Participación social, expresada en propuestas e iniciativas sociales en las que las personas adultas mayores forman parte consciente en un espacio, posicionándose y sumándose a ciertos grupos, para llevar a cabo determinadas causas que dependen para su realización

Tabla 1 Diferencia entre los modelos de atención

MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA	MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN EL SERVICIO
Sitúan su foco en las capacidades y habilidades de la persona.	Se centran en los déficits y necesidades; tienden a etiquetar.
Su intervención es de macronivel (plan de vida).	Intervienen a micronivel (conductas determinadas, patologías).
Se comparten decisiones con usuarios, amigos, familia, profesionales.	Las decisiones dependen fundamentalmente de los profesionales.
Ven a la gente dentro de su comunidad y de su entorno habitual.	Encuadran a la gente en el contexto de los servicios sociales.
Acercan a la gente descubriendo experiencias comunes.	Distancian a la gente enfatizando sus diferencias.
Se centran en la calidad de vida.	Se centran en cubrir las plazas que ofrece un servicio.
Organizan acciones en la comunidad para incluir usuarios, familia y trabajadores.	Organizan reuniones para los profesionales.
Responden a las necesidades basándose en responsabilidades compartidas y compromiso personal.	Responden a las necesidades basándose en la descripción de los puestos de trabajo

Los servicios pueden adaptarse y responder a las personas. Los recursos pueden distribuirse para servir a los intereses de la gente	Los servicios no responden a las necesidades individuales. Están limitados a un menú fijado previamente. Mantienen los intereses profesionales.
Las nuevas iniciativas valen la pena incluso si tienen un pequeño comienzo.	Las nuevas iniciativas solo valen si pueden implantarse a gran escala.
Utilizan un lenguaje familiar y claro.	Manejan un lenguaje clínico y con tecnicismos.

Fuente: MIES En la Guía Operativa del Modelo de Atención y Gestión de los Centros Residenciales del Buen Vivir para el Adulto Mayor

Se pretende que el modelo de atención sea un modelo de atención centrado en la persona, se trabaje por conjugar los procedimientos e intervenciones ya diferenciados con una nueva visión que permita ubicar a la persona en el centro de los procesos de atención, viabilizando su rol activo y entender la atención desde la coordinación de apoyos de su entorno. Para conseguir esto será necesario incluir nuevas estrategias, técnicas e instrumentos que nos abran otras puertas, otros modos de atender y organizar la gestión de la atención al adulto mayor.

El modelo de atención centrado en la persona está orientado al mejoramiento de su calidad de vida y bienestar en su entorno habitual. Este modelo toma en consideración los derechos, preferencias y deseos de las personas adultas mayores, por lo tanto, toma en cuenta la dignidad y el impulso de la autonomía.

La dignidad, entendida como el reconocimiento de la persona como valiosa en sí misma por el simple hecho de su condición humana, por lo tanto, la declaración de que todo ser humano independientemente de sus características particulares como raza, edad, sexo, condiciones psicológicas, físicas, situación socioeconómica, cultural, formas de pensar y creencias sea merecedora de todo el respeto.

La particularidad del Modelo de Atención centrada en la persona es que sitúa a la persona adulta mayor para que sea la protagonista de su vida y que tenga el control de los asuntos.

2.5.2. Componentes de la atención

Asistencia y Cuidado Personal. Incorpora todas las actividades de atención a las personas adultas mayores en cuidados de enfermería, control nutricional, terapia física, psicológica, rehabilitación y evaluación del desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, que son de responsabilidad del personal del Centro.

Nutrición y alimentación. Son actividades orientadas a la prevención y en la promoción de la salud, destacando la importancia que tiene la nutrición en la salud. Las necesidades e intereses nutricionales de las mujeres y de los hombres deben ser tomadas en cuenta, en función de las diferentes patologías (diabetes, hipertensión etc.), así como los saberes y preferencias según la procedencia y las diversidades de culturales.

Rehabilitación. Se incorporan actividades de rehabilitación en distintos ámbitos: psicológico, físico y ocupacional a través de terapias que promuevan la estimulación de la memoria, la atención, concentración, actividades de orientación espacio-temporal y estimulación sensorial; terapias para la movilidad que promuevan la estimulación de las diferentes articulaciones, fortalecimiento tales como el yoga, taichí tomando en cuenta las preferencias de forma diferenciada para mujeres y para hombres.

En este componente, la actividad física de las personas adultas mayores constituye un factor fundamental para mantener a la persona saludable, pues la falta de actividad física provoca que las personas adultas mayores disminuyan sus capacidades físicas y mentales y son más susceptibles a contraer enfermedades como el cáncer, diabetes.

Las ventajas de realizar actividad física tienen que ver con el sentirse mejor y disfrutar de la vida, mejorar la condición de las personas adultas mayores que tienen problemas de diabetes, reumatológicos, respiratorios, cardiovasculares. También permite fortalecer la resistencia frente a esfuerzos físicos, la resistencia de la respiración y del corazón.

Independientemente que se encuentren con dependencia severa, en cama o silla de ruedas ellos pueden hacer ejercicios para aumentar o mantener la flexibilidad. Un buen ejercicio es el caminar, la persona puede empezar por 10 minutos e ir incrementando hasta llegar a 30 minutos.

Recreación e integración. Se realizan actividades recreativas y ocupacionales que comprende el apoyo profesional para el diseño de cada metodología de trabajo que permita el desarrollo de actividades tales como: juegos de salón, baile, música, cine, teatro, lectura, caminatas, entre otras. Al planificar las actividades recreativas incorpore actividades de acuerdo a las preferencias y condiciones de las personas adultas mayores.

Entre las actividades recreativas que se pueden realizar están:

- a) Ejercicios y dinámicas grupales
- b) Juegos de salón
- c) Cantar
- d) Bailar
- e) Recitar
- f) Celebrar cumpleaños
- g) Jardinería

Propiciar una mejor convivencia, con los demás adultos mayores dentro de la residencia y dentro de la comunidad permite que se sienta integrado, oxigenado, lo cual es un incentivo para mantenerse bien tanto mental como afectivamente.

Un aspecto que está integrado en las actividades recreativas, es la posibilidad de expresarse donde las personas pueden sentirse escuchados y valorados. La integración a grupos, hace que rompa la rutina a la que estaba acostumbrado y pueda conocer y experimentar nuevas persona y lugares.

Es importante que mantenga contacto con sus familiares y amigos, son una red social que le permite sentirse bien afectivamente.

Sin embargo, con el paso del tiempo, las amistades y familiares mueren y ya no pueden contar con estas personas significativas que formaban parte de sus vínculos y afectos y lo puede compensar con actividades compartidas en otros grupos.

Las actividades recreativas, un elemento a través del cual podemos socializar para sentirnos identificados y poder expresarnos.

El ocio nos permite planificar, socializar y participar en qué tipo de espacio del ocio queremos participar, salir del retraimiento social y sentirse útil y parte de algo lo cual hace que se fortalezca su autoestima y sentido de pertenencia.

Es importante que la vinculación, no solo se dé con personas adultas mayores sino con otros grupos de edad, establecer relaciones intergeneracionales, que se sientan parte de la sociedad. Por lo tanto, es necesario que se incluyan en actividades de la comunidad donde puedan interactuar con niños, adolescentes, jóvenes y compartir sus experiencias de vida y escuchar lo que piensan y sienten otras generaciones.

Inclusión Familiar y Social. Las personas Adultos Mayores tiene derecho al afecto, a los cuidados especializados, la participación proactiva de la familia, la colaboración en programas sociales, culturales, en actividades de mantenimiento del centro son formas y mecanismos que procuran la responsabilidad familiar compartida y contribuyen a disminuir el abandono de las personas adultas mayores.

La integración de autoridades locales en programas de animación artística y cultural, que se realicen en los centros es fundamental y en ellos se debe promocionar los derechos de los mayores con la participación de los adultos mayores, promocionando sus derechos en actos sociales, deportivos, culturales, de educación ambiental, educación vial, recuperación de la memoria y los saberes en la alimentación, en la salud, en el modo de vida, en el desarrollo de los pueblos.

La integración social de las personas adultas mayores depende del apoyo con el que cuenta el adulto mayor, es decir con las relaciones que establece en el día a día a lo largo de su vida con qué apoyos significativos cuenta entre sus familiares y amigos, pareja, compañeros de trabajo.

Estas relaciones constituyen un gran sustento emocional, que permite sobrepasar las crisis y además que cuenten con un entorno de apoyo y afecto que los reconoce como personas y les hace sentirse parte de un grupo, lo cual le mejora su autoestima y la identidad personal

La relación entre las habilidades funcionales y la integración social: ante un mayor involucramiento con otros, y más satisfacción con las relaciones familiares, hay un aumento de la actividad realizada, ya sea práctica de ejercicio, realización de actividades de la vida diaria o instrumentales. De aquí se deriva una mayor autonomía y se combate la llegada de ciertas patologías y limitaciones físicas. No obstante, es importante mencionar que el concepto que tenga el adulto mayor de sí mismo y de su salud es un predictor del estado físico, que se asocia con condiciones psicológicas como la satisfacción con la vida, el autoestima, las habilidades funcionales, las actividades que se realicen, la depresión y el funcionamiento intelectual.

2.6 Aspectos legales

2.6.1 Ley del Anciano

Los estudios delineados en este marco legal obligan a los Estados, a los gobiernos y a las organizaciones no gubernamentales a redefinir sus legislaciones sobre el tratamiento y atención técnico-jurídica para con los ancianos; nos obligan a tomar conciencia de nuestra responsabilidad frente a la creciente población envejeciente desprovista de amparo jurídico por falta de políticas públicas claras y definidas acordes a nuestra realidad e idiosincrasia nacional.

El artículo 36 de la Constitución de la República del Ecuador señala que “Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad”.

2.6.2 Desprotección Jurídico-Social.

Según la reforma a la Ley Orgánica de Seguridad Social del Ecuador, del nuevo régimen solidario del Seguro General Obligatorio, literal quinto, (2011), se señala que “En la ley del Seguro Social Obligatorio inclúyase el siguiente artículo enumerado: “Art.. El Estado extenderá el seguro social a toda la población senescente del país, mayor de 65 años de edad, en especial de los sectores campesinos, y etnias negras e indígenas, inspirada en los principios de subsidiaridad estatal y solidaridad generacional.”

2.7 Posicionamiento teórico personal

Es fundamental para la presente investigación abordar los temas relacionados con el adulto mayor en todos los aspectos inherentes a la evolución de esta etapa de vida, ya que constituye un grupo de atención vulnerable por los diferentes riesgos a los que está expuesto, necesitando el apoyo permanente de la familia y la sociedad.

Los pronósticos de los altos niveles de morbilidad en la población adulta mayor plantean nuevos problemas con importante repercusión económica en los presupuestos sanitarios. Las tasas de incremento del gasto sanitario ponen de manifiesto que una parte importante de estos presupuestos parece destinarse a la atención de la población mayor de 65 años.

Cada vez más, la población adulta mayor expresa la necesidad de ocuparse de su salud, y se reclama la corresponsabilidad de la familia y la comunidad en los programas colectivos referidos a la mejora de la calidad de vida. El éxito o el fracaso de estos

programas dependen de la respuesta tanto individual como colectiva, siendo eficaces en la medida que respondan a las expectativas de la población implicada.

Por ello, se espera que, por un lado, se determinen objetivos y acciones encaminados a solucionar el problema en su dimensión actual, y, por otro, se intenta planificar el futuro, teniendo en cuenta que las características de la población serán distintas, su entorno habrá variado y, por tanto, su demanda de cuidados será otra.

Está claro que la mayoría de los recursos con los que se cuenta actualmente, a nivel general, son insuficientes y que la demanda de dichos recursos o supera las posibilidades de oferta o no se corresponde con los recursos disponibles.

Las estrategias que se tomarán para la atención a las personas adultas mayores con problemas de salud, especialmente crónicos o con enfermedades incapacitantes y catastróficas, estarán dirigidas a mejorar los servicios y exigir profundas transformaciones sociales y económicas que permitan dar soluciones a las diversas demandas.

Es imprescindible que la sociedad se corresponsabilice en la atención que demanda la población adulta mayor, en la evolución de las cambiantes necesidades, y de todos sus componentes, así como de sensibilizar a la población en el respecto, apoyo e integración de las personas adultas mayores como elementos vivos y participativos dentro de la familia y la sociedad.

La atención de los adultos mayores no es responsabilidad única de los profesionales de las ciencias sanitarias o sociales. Otros profesionales que se ocupan de la investigación y aplicación de nuevas metodologías pueden aportar sus conocimientos y experiencias para mejorar los procesos y la comunicación, colaborando así en una mejora de la calidad de vida.

Una de las mayores preocupaciones que se presentan frente a la vejez es la precariedad económica de los asilos ya que no cuentan con los recursos básicos de

acuerdo a la demanda. Hay que planificar estudiar y fomentar otras modalidades de previsión que garanticen la cobertura económica de este grupo de población.

El enfoque de la asistencia a los problemas de la ancianidad debe dirigirse hacia la unificación de esfuerzos en la perspectiva de la configuración de equipos multidisciplinarios, cuyo objetivo sea el estudio de la problemática en que viven los ancianos y el planteamiento de programas dirigidos a la cobertura de sus necesidades.

Por otro lado, parece que al coste de la prestación asistencial a la ancianidad hay que añadir otros elementos como la calidad, la equidad y la eficiencia, elementos todos ellos necesarios para determinar una estructura de administración de recursos que permita encontrar alternativas asistenciales que conjuguen dichos elementos.

Es necesario, pues, el planteamiento de que existan canales de cooperación interinstitucional bien establecidos con otros niveles asistenciales, sanitarios y sociales, racionalizando los recursos y promoviendo formas de atención alternativas a la institucionalización permanente ya existente. Es de capital importancia conseguir la unificación de todos los servicios en una única estructura, en la que participen todos los niveles de la administración central, autonómica y local.

De entre los profesionales de la salud, los(as) enfermeros(as) aparecen como los calificados en la prestación de los cuidados que se precisan para el auto cuidado, es decir, para mantener y promocionar la vida y restablecerse o convivir con alteraciones de la salud. A nuestro entender, cuando estos cuidados se conciben y llevan a cabo a la luz de la Teoría General de los Déficit De Auto Cuidado, se convierten en los profesionales mejor situados para hacer frente al reto de satisfacer las necesidades del anciano, del entorno familiar y para gestionar los recursos destinados a ello eficazmente.

Se cree que el colectivo de la enfermería precisa tomar conciencia de los potenciales que posee como generador de alternativas en la atención integral del anciano, y es preciso que esforzarse en aportar ideas y puntos de vista para favorecer y/o garantizar la

adaptación del anciano a sus actividades cotidianas y de auto cuidado, sin que esto implique una excesiva carga adicional para el resto de la sociedad.

Por lo expuesto, la propuesta es la creación de centros para la atención integral del adulto mayor, con equipos multidisciplinarios de asistencia, cuya gestión y funcionamiento se basen en el marco conceptual de la Teoría General de los Déficit de Auto cuidado, mediante la propuesta de un modelo de atención de salud integral para poner en práctica las competencias adquiridas por los profesionales que trabajan en los centros de atención geriátrica, contribuyendo a una vida digna los últimos días de su estancia en los asilos.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

La investigación plantea el modelo descriptivo como un medio para determinar las condiciones en las que el adulto mayor es atendido en los asilos de la ciudad de Ibarra, señalando las características de los mismos mediante una medición cuantitativa, cumpliendo distintas fases, esto es, la etapa de pre-diagnóstico, estudios y análisis del tema, formulación de un plan de acción, la recolección de información para su análisis, hasta concluir con el análisis de resultados, luego de ser procesada y estructurada en el formato de la investigación.

El esfuerzo holístico para determinar las posibles falencias de dichos centros en la atención integral del adulto mayor, se basó en estudios exploratorios descriptivos que permitió plantear una propuesta de solución viable que ayude a resolver el problema existente en la atención del adulto mayor en la ciudad de Ibarra.

3.2. Diseño

El presente estudio se enmarca dentro del diseño cuantitativo, no experimental y observacional, debido a la determinación y diagnóstico del problema mediante resultados y análisis basado en encuestas, sin la intención de presentar aportes experimentales a la solución del problema, sino verificar cómo es el comportamiento del problema en la realidad; su descripción el problema y se planteará de una propuesta de intervención.

3.3 Población o universo

El universo de estudio son los adultos mayores residentes en cuatro asilos de la ciudad de Ibarra, tres públicos y un privado cuya población total es de 109 usuarios; se tomó en cuenta a los empleados y directivos (17), así también a 26 familiares.

3.4 Métodos

a) Observación directa

La presente investigación utiliza un método de observación directa porque se dirige hacia la obtención de datos observables, datos que se basan por lo general en declaraciones verbales del personal de los asilos de la ciudad de Ibarra.

b) La encuesta

En base a la formulación de las variables e indicadores recogidos de los objetivos de la investigación, se diseñó la ficha de encuesta que se aplicó a los usuarios y cuidadores de los asilos. Para facilitar este proceso el investigador se apoyó en los directivos de los centros gerontológicos objeto del presente estudio.

El cuestionario que se aplicó durante la encuesta está conformado por 36 preguntas, mismas que están estructuradas por los cuestionamientos sociodemográficos que permitieron determinar las características sociales del usuario; el estado de salud, refiriéndose a las condiciones del bienestar físico y emocional tanto de los usuarios como del personal; la satisfacción de la atención de salud, que caracterizó a los asilos desde el punto de vista de los usuarios y familiares; la percepción de los trabajadores respecto a los criterios de expectativa, desempeño laboral, recursos, capacitación, organización, necesidades y supervisión.

No se realizó la validación de la investigación, al no tratar de aclarar una evaluación; el resultado principal que se obtuvo fue un comunicado conclusivo a

partir de la descripción del fenómeno, información que fue observada e interpretada, para poner en consideración a los asilos una propuesta alternativa que permita aportar a la solución del problema.

c) Procesamiento de Datos

Para el trabajo se utilizó Microsoft Excel para el procesamiento de datos y para el análisis se utilizó el Epi Info.

3.4.1. Método Inductivo

La observación de las características y el estado de los adultos mayores, la percepción de sus familiares, y la perspectiva de los trabajadores de los asilos, permitió el registro de los hechos y el diagnóstico de la realidad observada, permitiendo una derivación inductiva para llegar a la generalización, que es la insuficiencia de los esfuerzos, implementaciones infraestructurales, tecnológicas, humanas y profesionales, que realizan los asilos para brindar un servicio y atención integral adecuada a los usuarios.

3.4.2. Método Deductivo

Dentro del campo de la atención integral, los ejes que rigen la política pública prioritaria, así como la normativa del Ministerio de Salud, para el cuidado y atención del adulto mayor, implicaron la deducción de las necesidades básicas que precisan los asilos investigados, elementos que permitieron generalizar la premisa de que el incumplimiento de la normativa y política pública genera ya un problema de atención, elemento corroborado por la investigación empírica.

3.4.3 Método Analítico Sintético

En el desarrollo de la investigación se señala una variada información así como hechos y circunstancias para procesar en sus partes constitutivas; de igual manera se hará uso permanente de síntesis de información la que será explicitada en el informe final de la investigación.

3.4.4. Información Secundaria

Para completar el trabajo, de tal forma que se obtenga resultados científica y técnicamente elaborados, se acudió a las fuentes bibliográficas, textos, revistas, folletos, documentos y/o manuales referentes al tema de estudio, a la Internet, publicaciones de prensa, etc.

3.5. Procedimiento de elaboración de la propuesta

3.5.1 Diagnóstico

Una de las etapas del diagnóstico es la aplicación del formulario de encuesta a la población seleccionada, de donde se obtiene la información requerida para la investigación, la misma que tiene que ser procesada técnicamente, debidamente tabulada para su posterior interpretación y análisis, y proponer la solución al problema que aqueja, en este caso a la población de adultos mayores de los cuatro asilos de la ciudad de Ibarra.

3.5.2 Planificación para la solución

Todo trabajo investigativo busca soluciones a los problemas detectados dentro de la temática inherente, es así que, en el caso que nos ocupa, se busca encontrar estrategias metodológicas sencillas para la enseñanza–aprendizaje del cuidador. Se consideró todos

los factores de análisis y los aspectos negativos aplicados hasta ahora y se planteó soluciones. La observación, como técnica efectiva para la recolección de datos, posibilita que se elaboren fichas de encuestas, test para que se detecten las fallas más comunes en la atención del adulto mayor. Por esta razón, el propósito de esta propuesta se enmarca en la línea de implicación del cuidador en la elaboración de alternativas sanitarias. La propuesta se basa en la creación de un programa de red de salud, basándose en el marco conceptual de la Teoría General del Déficit de Autocuidado para el adulto mayor, además del aporte de la investigadora a partir de una guía de fácil comprensión que sirva para el usuario, el familiar y el personal que labora en los centros gerontológicos.

Por lo tanto se propone una solución que permitirá mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Ibarra que acuden a los asilos existentes; es un modelo de atención de salud con enfoque integral que se refleja en una guía para el personal de salud y de servicios que labora en los asilos de ancianos de Ibarra.

3.6. Trascendencia científica y valor práctico de la investigación

La investigación tiene un carácter trascendente porque no existen estudios similares al respecto en nuestro medio; la investigación servirá para dar una solución al problema presentado en los asilos de la ciudad de Ibarra, porque constituye un estudio desarrollado en base a premisas científicas; también permitirá resolver un problema de la realidad con la que se aplicaría una nueva propuesta que ayudará a que las condiciones actuales de atención a los adultos mayores mejoren en beneficio de la población investigada. La investigación es trascendente porque dará nueva información sobre el problema y se podrá construir supuestos teóricos nuevos que pueden ser utilizados como referencia para futuras investigaciones o tomar decisiones sobre el problema.

La investigación tiene valor práctico porque propone un modelo de intervención viable y pertinente, sustentado en aspectos científicos y recogidos de la cotidianidad que le convierten en un modelo práctico de aplicar, con el que se espera que la población de adulto mayor mejore sus condiciones de vida.

3.7 Variables del estudio

Variable dependiente:

Atención Integral al adulto mayor

Variables Independientes:

- a) Número de hijos
- b) Patologías
- c) Dependencia
- d) Percepción de afectividad
- e) Percepción del trato que recibe
- f) Recreación
- g) Relación familiar
- h) Tipo de alimentación
- i) Disposición de equipos de apoyo
- j) Talento humano
- k) Instalaciones / Infraestructura de las Instituciones

3.7.1 Variables y operacionalización.

Tabla 2 Matriz de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	MANEJO DE DATOS
Datos socio demográficos y de salud	Características sociales y de los usuarios de los asilos de ancianos de la ciudad de Ibarra.	Sexo	Sexo	Femenino Masculino	Cuantitativa Distribución frecuencias
		Lugar de procedencia	Región	Costa Sierra Oriente Extranjero	Cualitativa Distribución frecuencias
		Estado civil	Estado civil	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo /a	Cualitativa Distribución frecuencias
		Edad	Grupos de edad	< 60 años 60 – 74 años 75 – 89 años 90 – 99 años > 100 años	Cuantitativa Distribución frecuencias
		Número de hijos	Número de hijos	Ninguno 1 – 3 4 – 6 Más de 7	Cuantitativa Distribución frecuencias
		Instrucción	Instrucción	Ninguna Primaria Secundaria Superior	Cualitativa Distribución frecuencias
Estado de salud	Se refiere a las condiciones de	Capacidades básicas	Dependiente	Necesita ayuda para comer, caminar, asearse,	Cualitativa Distribución frecuencias

bienestar físico y emocional de los usuarios de los Asilos de ancianos de la ciudad de Ibarra		Independiente	vestirse. No necesita ayuda para comer, caminar, asearse, vestirse.	
	Actividades complejas		Necesita ayuda para lavar ropa, tomar pastilla, teléfono, contar dinero, preparar alimentos. No necesita ayuda para lavar ropa, tomar pastilla, teléfono, contar dinero, preparar alimentos.	Cualitativa Distribución frecuencias
	Capacidad para dormir	Horas de sueño	Toda la noche Solo unas horas No puede dormir Se despierta frecuentemente	Cualitativa Distribución frecuencias
	Patologías que presentan los adultos mayores	Tipos de patologías	Ninguna Patologías cardiovasculares Patologías gastrointestinales Patologías neurológicas Problemas osteomusculares Patologías renales Patologías de los sentidos	Cualitativa Distribución frecuencias

Estado de Salud		Valoración del interés sexual	Interés sexual	Conservada Indiferente Ya no existe	Cualitativa Distribución frecuencias
		Tipo de medicación	Tipo de medicación	Ninguno Sedantes Antihipertensivos Antidepresivos Laxantes Otros	Cualitativa Distribución frecuencias
		Salud emocional	Causas de tristeza	Ninguna Miedo a enfermedad y muerte Sentimiento de soledad Sin causa aparente Marginación	Cualitativa Distribución frecuencias
			Percepción de estado de salud	Se siente enfermo No se siente enfermo	Cualitativa Distribución frecuencias
			Percepción de afectividad de los familiares	Si No A veces No contesta	Cualitativa Distribución frecuencias
		Percepción	Percepción de la aceptación de permanencia	Le gusta No le gusta	Cualitativa Distribución frecuencias
			Percepción del motivo de permanencia	Compañía Cuidados Servicios básicos	Cualitativa Distribución frecuencias
			Frecuencia de visitas	Semanalmente	Cualitativa

				Mensualmente Nunca	Distribución frecuencias
			Uso del tiempo libre	Actividades recreativas Actividades intelectuales	Cualitativa Distribución frecuencias
		Atención médica	Frecuencia al mes	Más de una vez al mes Una vez al mes Solo cuando necesita No le han atendido	Cualitativa Distribución frecuencias
		Alimentación	Tiempos de comida que recibe	Ninguna Tres tiempos de comida Dos tiempos de comida Más de tres tiempos de comida	Cualitativa Distribución frecuencias
			Percepción sobre la calidad de alimentación	Muy buena Buena Regular	Cualitativa Distribución frecuencias
		Disposición de equipo de apoyo	Equipo de apoyo	No tiene Silla de ruedas Bastones Bidet o patos No necesita.	Cualitativa Distribución frecuencias
Percepción de Satisfacción de Atención de Salud	Tipo de atención	Percepción de los cuidados que reciben	Le tratan con cariño Hay comunicación constante Respeto Le tratan mal.	Cualitativa Distribución frecuencias	
		Percepción de responsabilidades	Si No	Cualitativa Distribución frecuencias	
		Percepción de la prescripción de indicaciones.	Si No	Cualitativa Distribución frecuencias	

Tabla 3 Variables del personal que trabaja en los asilos:

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	MANEJO DE DATOS
Datos socio demográficos	Características Sociales del personal que labora los asilos de ancianos de la ciudad de Ibarra.	Edad	Grupos de edad	30 – 40 años 41 – 50 años 51 – 60 años Más de 60 años.	Cuantitativa Frecuencia Distribución
		Sexo	Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa Distribución Frecuencia
		Nivel de educación	Instrucción	Primaria Secundaria Superior	Cualitativa Distribución Frecuencia
		Profesión	Tipo de profesión	Relacionado con salud No relacionado con salud	Cualitativa ^o Distribución Frecuencia
		Experiencia laboral	Años laborados	1 a 7 años 8 a 14 años 15 a 21 años > 21 años.	Cuantitativa Frecuencia Distribución
Percepción sobre la Institución	Criterios del personal sobre la Institución en la que laboran	Expectativas	Expectativas	Económicas. Sociales Infraestructura y equipamiento Ninguna	Cualitativa Distribución Frecuencia
Atención básica al usuario	Desempeño en las actividades laborales	Áreas de desempeño laboral	Áreas de desempeño	Ninguna Nutrición Cuidado directo Recreación Medicación Higiene	Cualitativa Distribución Frecuencia

Disponibilidad de recursos para trabajo	Percepción sobre tener o no recursos necesarios para trabajar	Disponibilidad de recursos	Disponibilidad	Si No	Cualitativa Distribución Frecuencia
Capacitación profesional	Entrenamiento sobre temas que le sirvan en el desempeño laboral	Capacitación	Capacitación profesional	Si No	Cualitativa Distribución Frecuencia
			Tipo de capacitación	Relacionada al trabajo No relacionado al trabajo.	Cualitativa Distribución Frecuencia
			Impartición de conocimientos	Si No A veces	Cualitativa Distribución Frecuencia
Organización profesional	Forma de estructurar o planificar las actividades laborales	Planificación	Registro de actividades	Si No	Cualitativa Distribución Frecuencia
Percepción sobre necesidades en la Institución.	Criterios sobre lo que la Institución más requiere	Percepciones personal del	Percepción necesidades	Ninguna Infraestructura Insumos Talento humano Otros	Cualitativa Distribución Frecuencia
			Percepción del ambiente del trabajo	Bueno Regular Malo	Cualitativa Distribución Frecuencia
Supervisión	Inspección por parte de Instituciones que controlan los asilos de ancianos de la ciudad de Ibarra.	Inspección	Personal que supervisa	Nadie MSP Directora Otros	Cualitativa Distribución Frecuencia

Tabla 4 Variables de los familiares

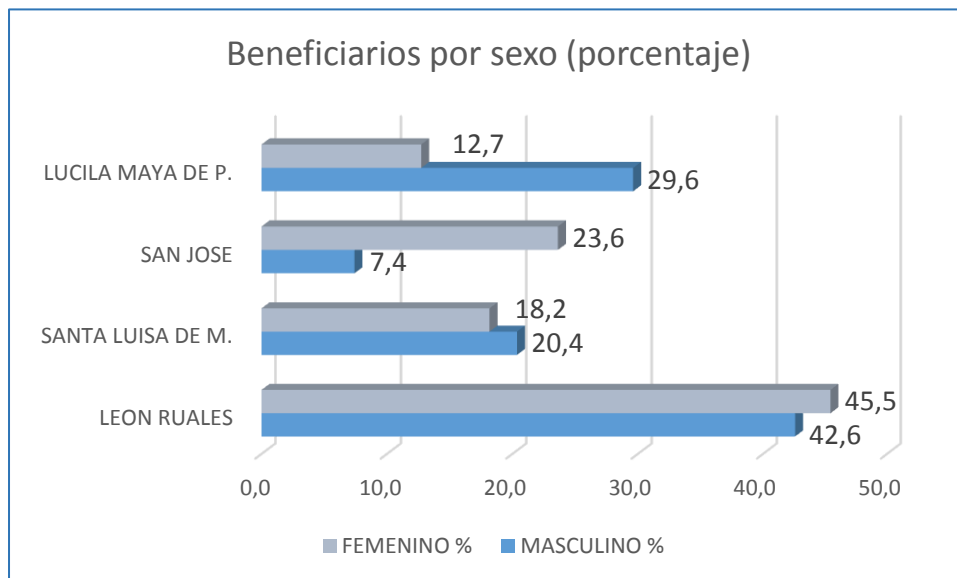
VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	MANEJO DE DATOS
Datos socio demográficos	Características sociales de los familiares de los usuarios del los asilos de ancianos de la ciudad de Ibarra.	Edad	Grupos de edad	Menores de 20 años 20 – 40 años 41 – 60 años 61 – 80 años > 80 años	Cuantitativa Frecuencia Distribución
		Sexo	Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa Distribución Frecuencia
		Nivel de educación	Instrucción	Primaria Secundaria Superior	Cualitativa Distribución Frecuencia
Percepción	Criterios sobre diferentes aspectos de la Institución	Motivos de permanencia	Motivos	Económico Físico Psicológico Otros	Cualitativa Distribución Frecuencia
		Falencias de la institución	Necesidades	mejorar la infraestructura Aumentar espacios verdes Adquisición de equipos Personal capacitado Otros	Cualitativa Distribución Frecuencia
Afectividad de los familiares	Grado de sentimientos hacia el familiar que es usuario de los asilos	Visitas familiares	Frecuencia de Visitas	Casi nunca 1 vez al mes 1 vez cada 15 días 1 vez a la semana 2 – 3 veces semana Más seguido	Cuantitativa Frecuencia Distribución
		Aporte al familiar	Tipo de aporte	Económico Afectivo / emocional	Cualitativa Distribución

				Bienes Servicios	Frecuencia
Disposición hacia el cuidado del familiar asilado.	Ganas de colaborar con el familiar y con el Asilo al que pertenece	Disposición para cuidado del familiar	Disposición	Si No	Cualitativa Distribución Frecuencia
		Responsabilidad	Toma de decisiones	Responsable Usuario	Cualitativa Distribución Frecuencia
		Conocimiento sobre el trato de su familiar	Trato hacia el familiar	Bien Regular Mal	Cualitativa Distribución Frecuencia

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

Gráfico 2 Distribución de usuarios asilados en instituciones de cuidado para adultos mayores por sexo en la ciudad de Ibarra



Se observa en los datos recopilados que existe en total de 109 usuarios en las cuatro instituciones que protegen a los adultos mayores en la ciudad de Ibarra, notándose que la mayor cobertura tiene es el asilo “León Ruales”. Respecto del sexo de los usuarios se evidencia una proporción casi similar con una ligera diferencia en los asilo León Ruales y Sta. Luisa de Marillac, notándose una diferencia significativa en hogares San José y Lucila Maya de Proaño donde se evidencia diferencias significativas según sexo.

Tabla 5 Datos socio demográficos de los usuarios de los asilos de ancianos de la ciudad de Ibarra

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 60 años	10	9,7
De 61 a 74 años	37	33,8
De 75 a 89 años	47	43,0
De 90 a 99 años	15	13,5
Total	109	100,0

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	54	49,54
Mujer	55	50,46
Total	109	100

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Costa	7	6,5
Sierra	100	91,7
Extranjeros	2	1,8
Total	109	100

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	59	54,1
Casado	28	25,7
Divorciado	2	1,8
Viudos	20	18,4
Total	109	100,0

INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	27	24,8
Primaria	64	58,7
Secundaria	18	16,5
Total	109	100,0

En el grupo en estudio se evidencia que el mayor porcentaje de los usuarios corresponden al grupo de la cuarta edad (de 75 a 89 años), seguido de ancianos de la tercera edad (65 a 75 años), también existen longevos (90 a 99 años) en un porcentaje significativo. A pesar de que estas instituciones fueron creadas para atender a los adultos mayores, de los datos se desprende que hay usuarios menores de 60 años y presentan trastornos físicos y psicológicos que impiden su autocuidado y se encuentran en condiciones depresivas y/o abandonadas lo que permite su acceso a los centros.

La media de la edad es de 75, desviación estándar 146.7/12.1, la edad mínima 44, el percentil 25, 67,5, la mediana 78, el percentil 75, 86, la edad máxima 94, y la moda 90.

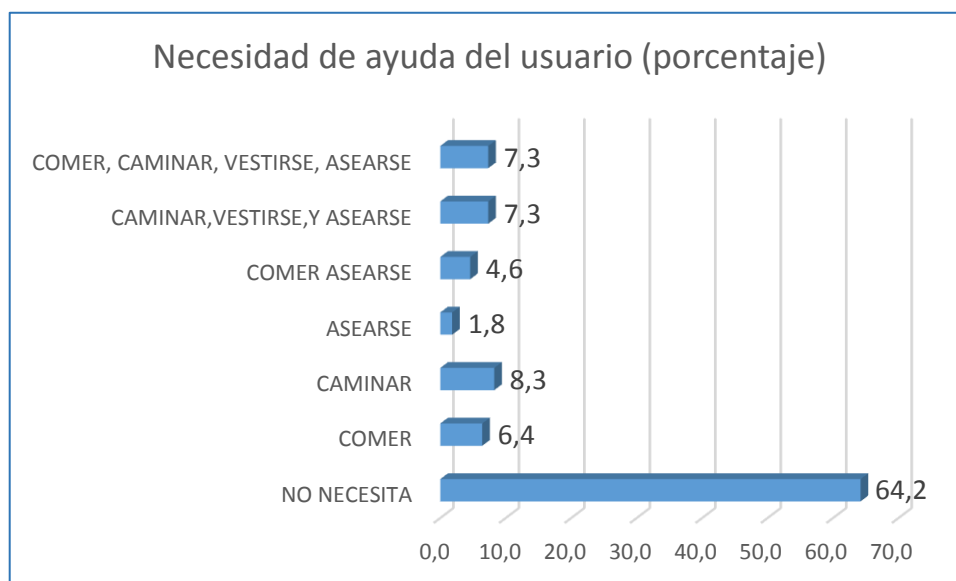
Al analizar el sexo se evidencia igual que en los estudios nacionales existen más mujeres que hombres longevos que pasan de los 75 años, asumiendo la esperanza de vida al nacer en el Ecuador.

En lo referente al lugar de nacimiento, en su mayoría son de la región sierra predominando Imbabura y Carchi, seguido de la región costa, y un muy bajo porcentaje de Colombia, que pueden haber venido a buscar fuentes de trabajo y se estabilizaron en nuestro país.

En cuanto al nivel de instrucción de los usuarios se destaca el nivel primario, seguido del que estudió hasta la secundaria que quiere decir que en su mayoría cumplen el primer nivel de educación básica, y finalmente, la cuarta parte, que no tiene ningún tipo de instrucción, por lo que se refieren a los indigentes o abandonados.

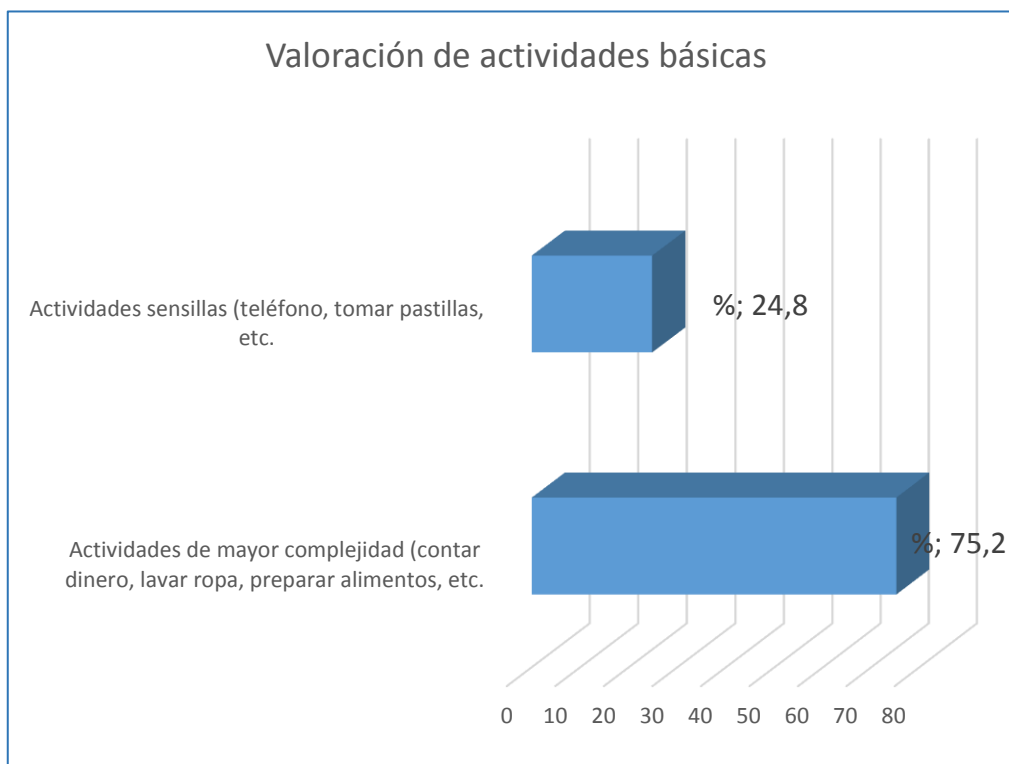
Finalmente se analizó dentro de las variables sociodemográficas un parámetro muy importante que es el estado civil, ya que podríamos valorar las redes de apoyo que cuenta el usuario; como se puede constatar, más de la mitad de usuarios son solteros, por lo que no tienen una familia conformada, seguido del grupo de los usuarios que son casados, viudos, y por último divorciados.

Gráfico 3 Distribución de la necesidad de ayuda para actividades básicas cotidianas de los usuarios asilados en instituciones de Ibarra



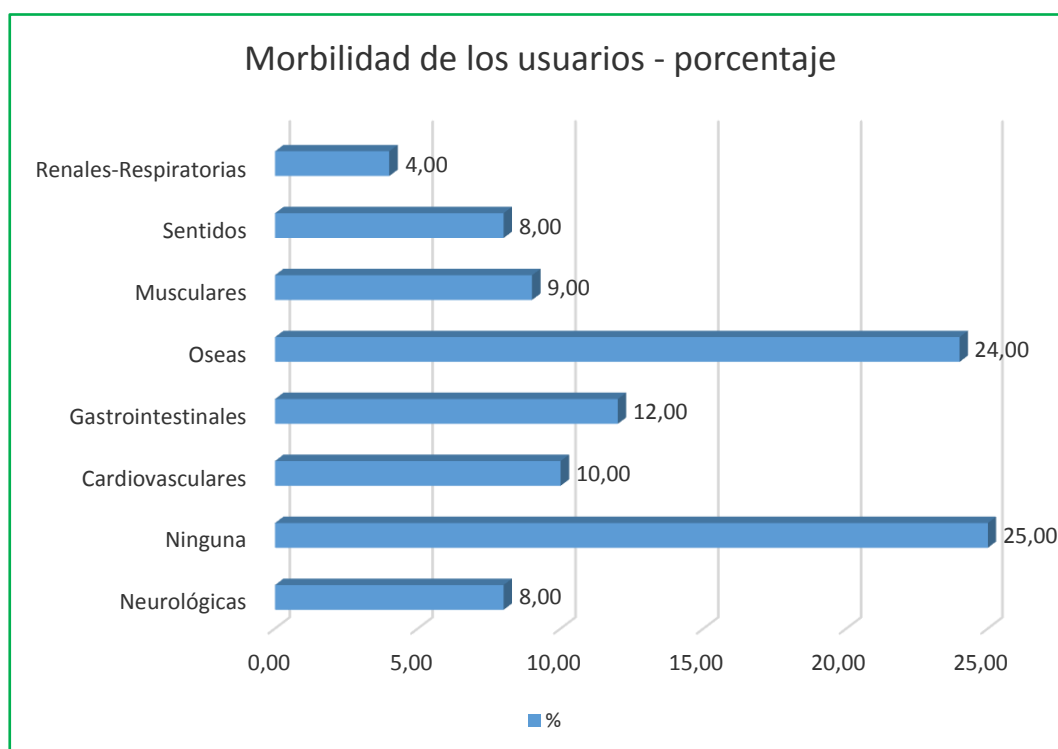
Tomando en cuenta que son actividades de auto cuidado y supervivencia de los usuarios, el mayor porcentaje no necesita ayuda para realizar estas actividades, lo que indica que son usuarios independientes, lo que facilita el trabajo del talento humano que labora en las instituciones; el resto que, conforma el grupo de los dependientes, que en orden de porcentajes necesitan ayuda para, comer, caminar, vestirse, asearse.

Gráfico 4 Distribución de valoración de actividades básicas cotidianas complejas en los usuarios de las instituciones de Ibarra 2010



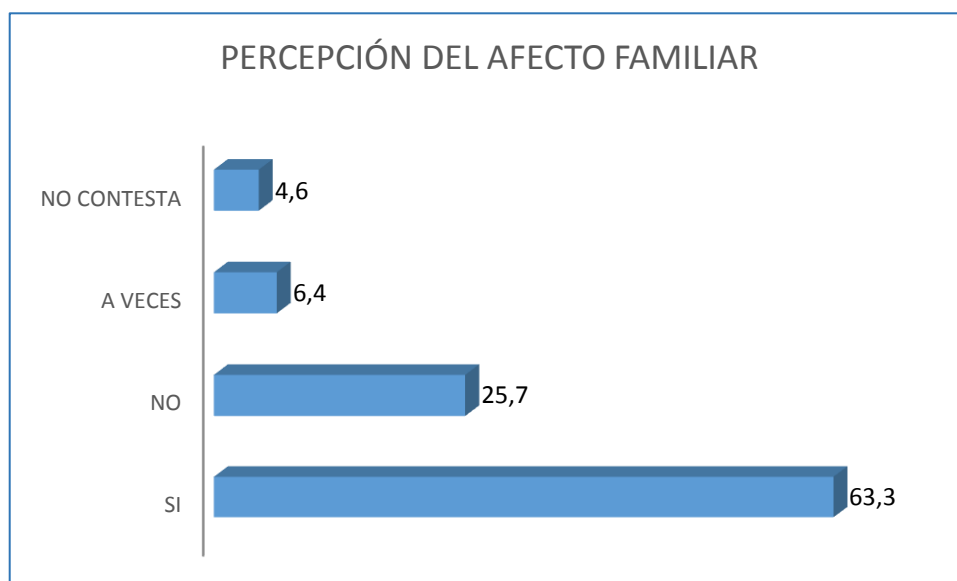
De la investigación en este tema, se obtiene que la mayoría de los usuarios no puede realizar correctamente las actividades básicas cotidianas más complejas, conocidas también como actividades instrumentales y necesita ayuda para realizarlas, como contar dinero, lavar la ropa, preparar alimentos y tomar medicamentos.

Gráfico 5 Distribución porcentual de la morbilidad de los ancianos de las instituciones de la ciudad de Ibarra 2010.



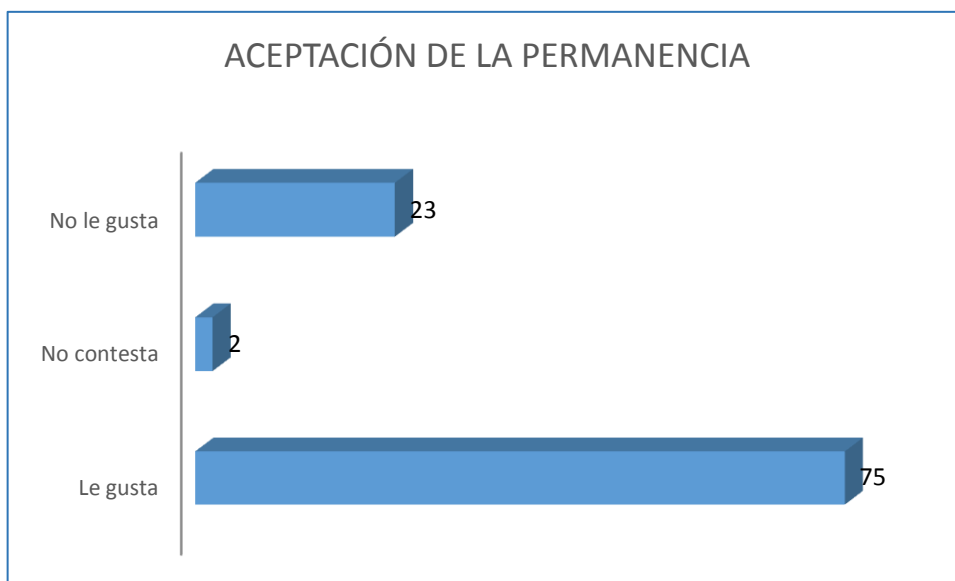
La cuarta parte de los usuarios mencionan que no padecen enfermedades, lo que es una buena perspectiva de su situación de salud, seguido de otro grupo que presenta alteraciones óseas, enfermedades gastrointestinales y luego cardiovasculares. Es importante mencionar que existe un grupo de adultos mayores que no solamente padecen una sola enfermedad, sino algunas, por ejemplo a más de gastrointestinales tenían problemas cardiovasculares. Para sacar información estadísticamente significativa, se tomó en consideración la patología más crónica y de mayor significancia. Cifras un poco similares a la situación de las estadísticas del país; sin embargo hay que considerar que esta variable arrojó datos desde la percepción del adulto mayor.

Gráfico 6 Percepción de los usuarios sobre la afectividad de los familiares de los asilados de las instituciones de Ibarra 2010.



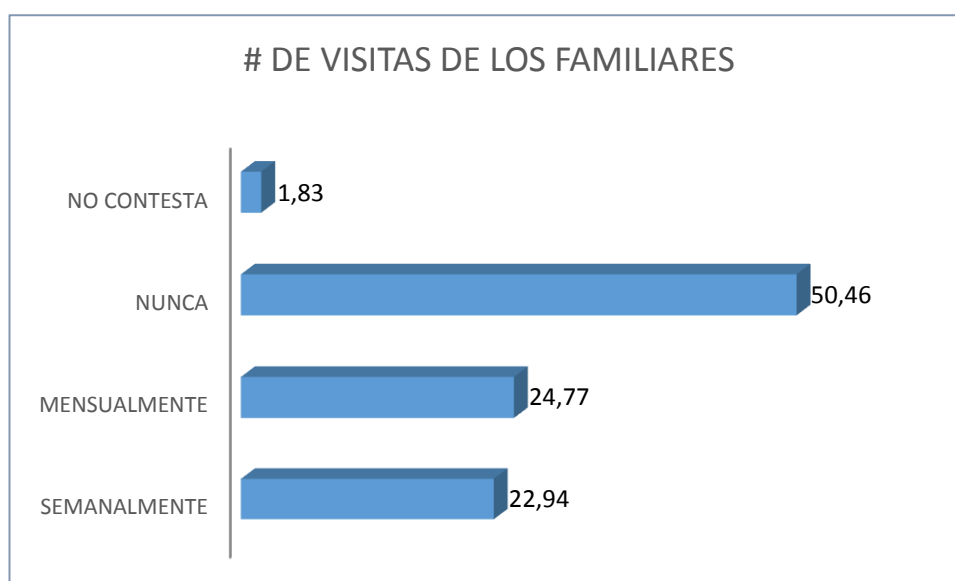
En el plano afectivo familiar es muy alentador que un buen porcentaje considera que se siente aceptado y querido por lo cual es una motivación para seguir viviendo. Una cuarta parte de los usuarios no se siente querido puede relacionarse por la falta de visitas y por no tener familia.

Gráfico 7 Aceptación de la permanencia por parte de los usuarios hacia las instituciones de Ibarra



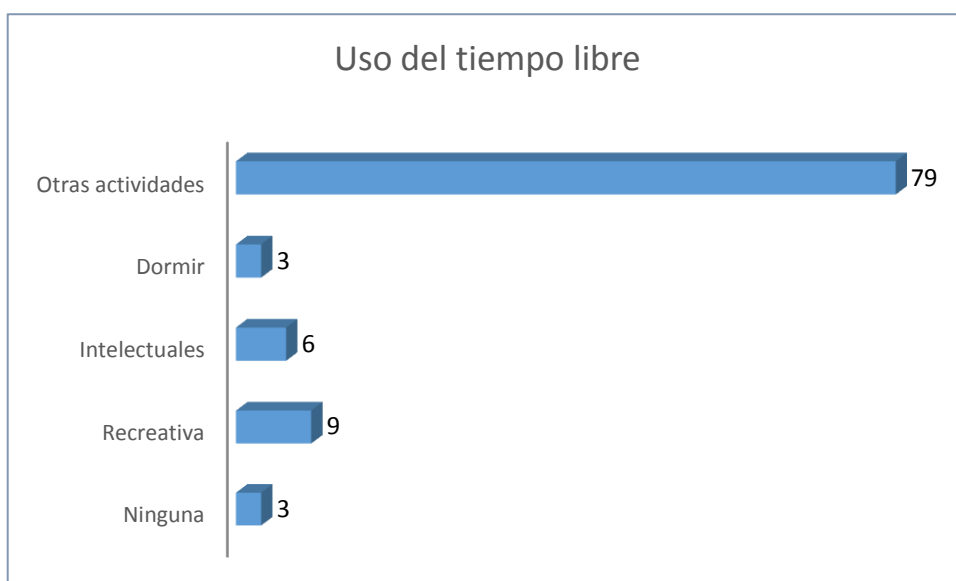
En cuanto a la aceptación de la permanencia por parte de los ancianos en los asilos, tenemos que, exactamente a las tres cuartas partes les gusta estar allí, por lo que en su gran mayoría sienta acogida a los asilos, lo que de alguna manera, demuestra que básicamente los ancianos residentes en estas instituciones han sido personas desposeídas, por lo que aprecian su situación relacionándola con los medios de supervivencia.

Gráfico 8 Distribución porcentual del número de visitas de los familiares a los usuarios asilados en Ibarra



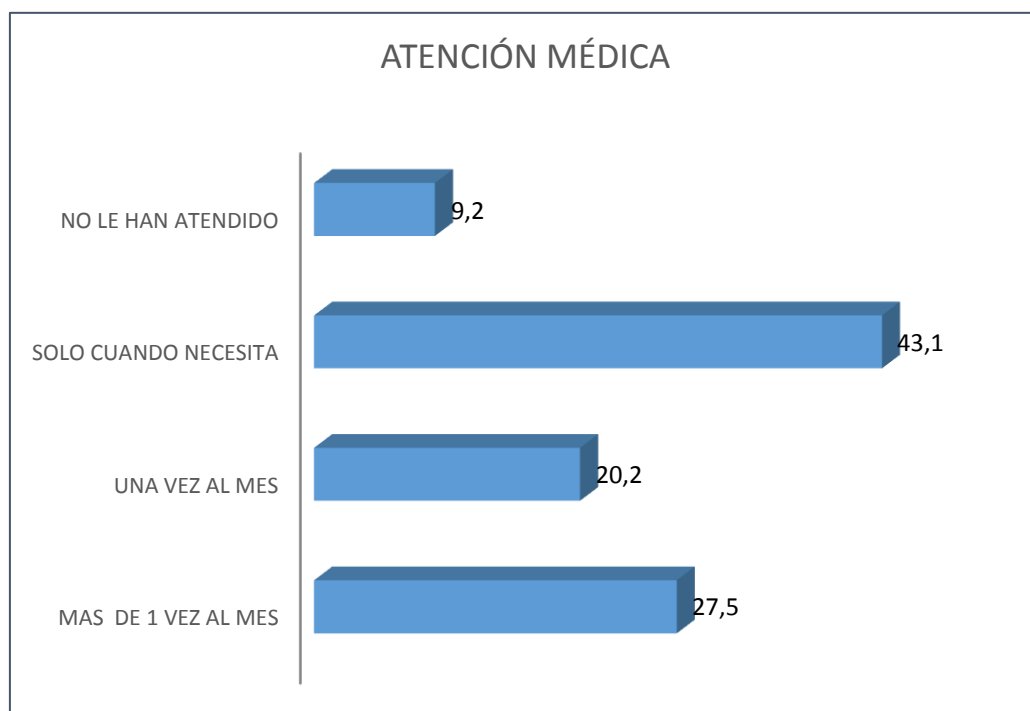
En este caso es preocupante que a la mitad de los usuarios nunca los vayan a visitar ya que la familia es la mejor red de apoyo que puede necesitar el anciano considerándole el ser más sensible y que en esta etapa necesita sentirse amado para evitar depresión por soledad y miedo. Esto tendría relación con los usuarios que no tienen hijos y tampoco se han casado. También hay una cuarta parte que tienen visitas mensualmente de los familiares.

Gráfico 9 Distribución porcentual del uso del el tiempo libre los usuarios asilados en la ciudad de Ibarra 2010.



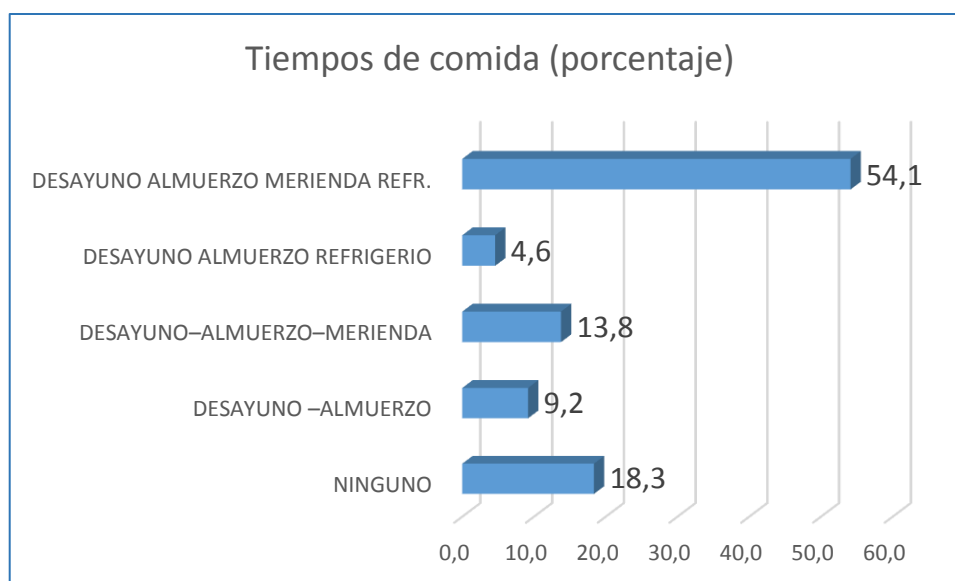
El nivel de actividad física y mental en los usuarios a partir de los 65 años nos permite estimular a nivel físico e intelectual, produciendo una mayor conservación de sus funciones proporcionando una vejez saludable; es así que tenemos que las principales actividades realizadas en un 79% considerada como otras son las relacionadas con la agricultura, producción de guaipe, arreglar la capilla, etc., compartiendo con actividad de tomar el sol.

Gráfico 10 Distribución porcentual de la atención médica a los usuarios asilados en instituciones de la ciudad de Ibarra 2010.



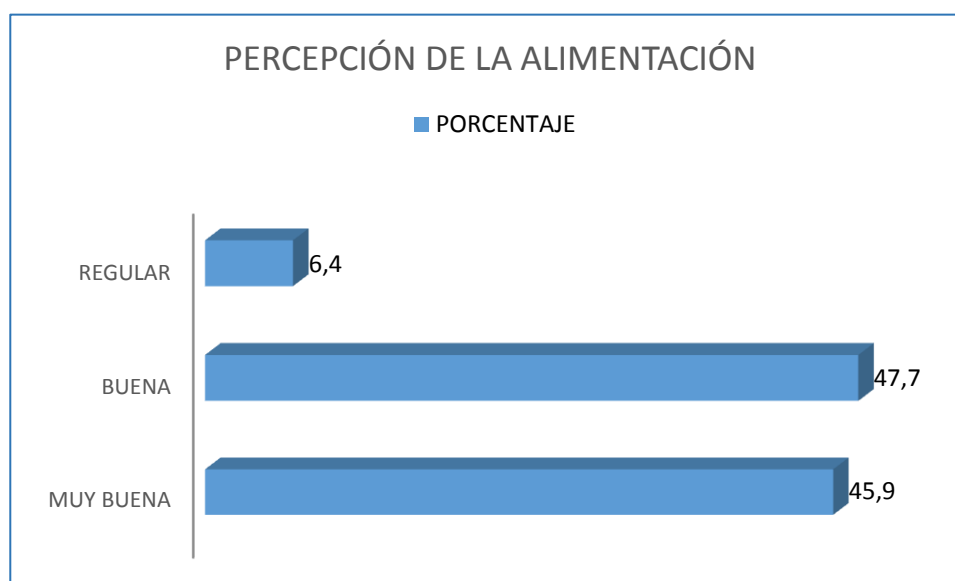
La atención médica a los usuarios nos indica que a la mayoría le atienden cuando necesita, sin embargo hay un porcentaje significativo que indica que no le han atendido. Cabe mencionar que actualmente hay un solo médico para todas las instituciones enviado desde el MSP, cuyo trabajo es dedicarse cinco horas a la semana por institución por lo que no se alcanza a cubrir a todos los ancianos.

Gráfico 11 Distribución porcentual de los tiempos de comida que reciben los usuarios asilados en las instituciones de Ibarra 2010.



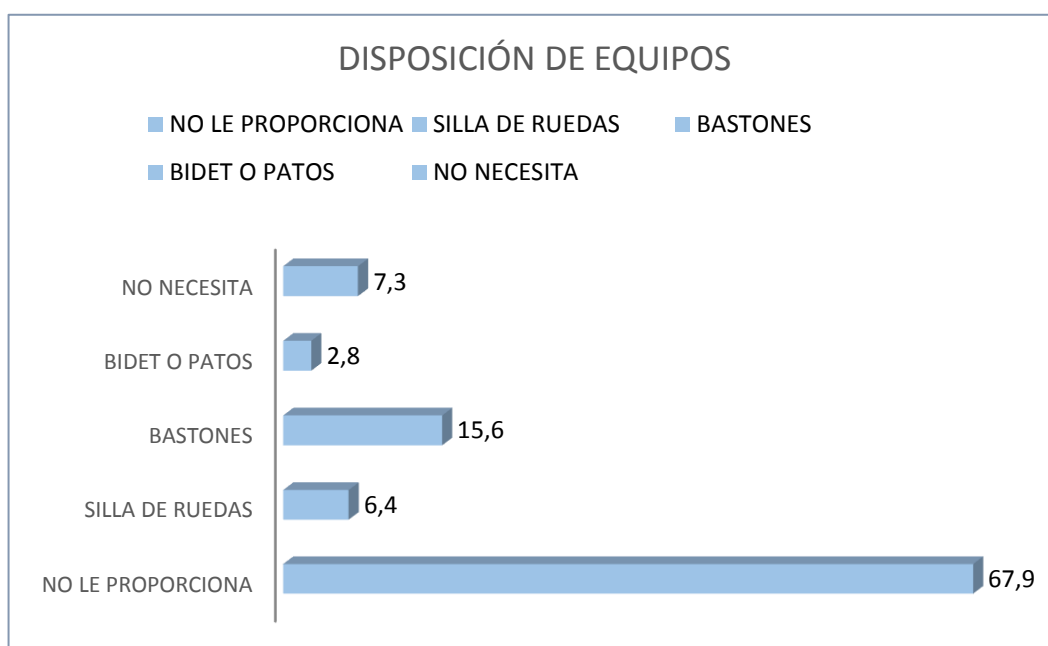
Según los usuarios encuestados, y los tiempos de comida se encontró que: la mitad de los usuarios reciben el desayuno, almuerzo, merienda y refrigerio, por lo que es alentador que en cuestión de tiempos de comida son bien tratados. Sin embargo hay un significativo porcentaje que refiere que no ha recibido alimentación; cabe mencionar que algunos de los usuarios no se acuerdan. Se puede concluir que reciben las 3 comidas básicas. Es importante la buena nutrición de acuerdo a los requerimientos de energía, proteínas, carbohidratos y grasas, así como de micronutrientes como vitaminas y minerales para cumplir con los procesos propios de la tercera edad, ya que al momento no cuentan con una nutricionista.

Gráfico 12 Distribución porcentual de la percepción de la alimentación por los usuarios de las instituciones de Ibarra 2010.



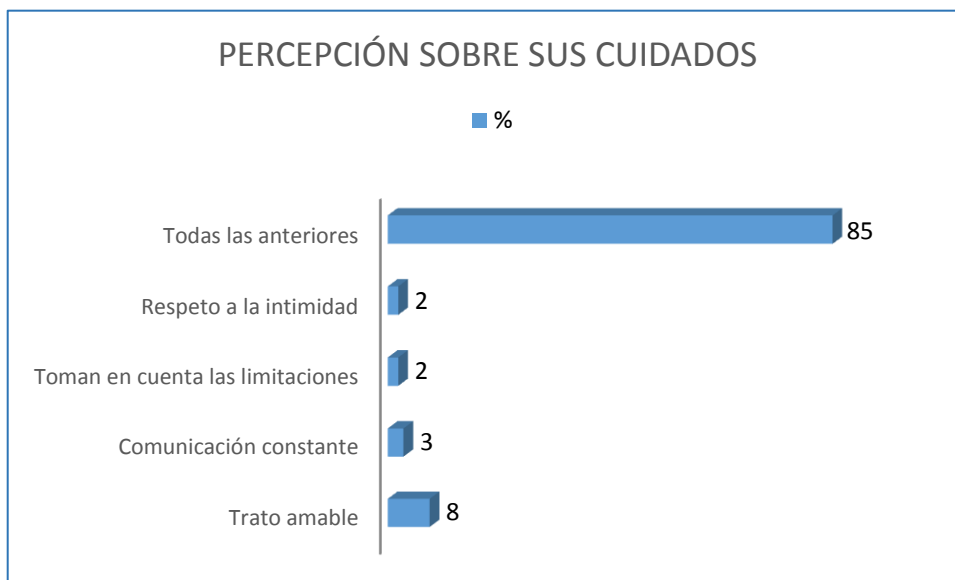
En lo que se refiere a la aceptación de la alimentación por parte de los usuarios podemos decir que casi la mitad considera la alimentación buena lo cual es positivo ya que hay acogida hacia la comida, con el 46% consideran que la comida es muy buena y un 6% considera que la comida es regular. Cabe mencionar que conforme la edad avanza, las papilas gustativas de los ancianos suelen disminuir la sensibilidad a los sabores, por lo que el concepto de gusto puede variar. Pero pese este dato, no se encontró usuarios que rechacen la comida. Claro está que este es su único sustento.

Gráfico 13 Distribución porcentual de disposición de equipos de apoyo de los usuarios asilados en instituciones de Ibarra 2010.



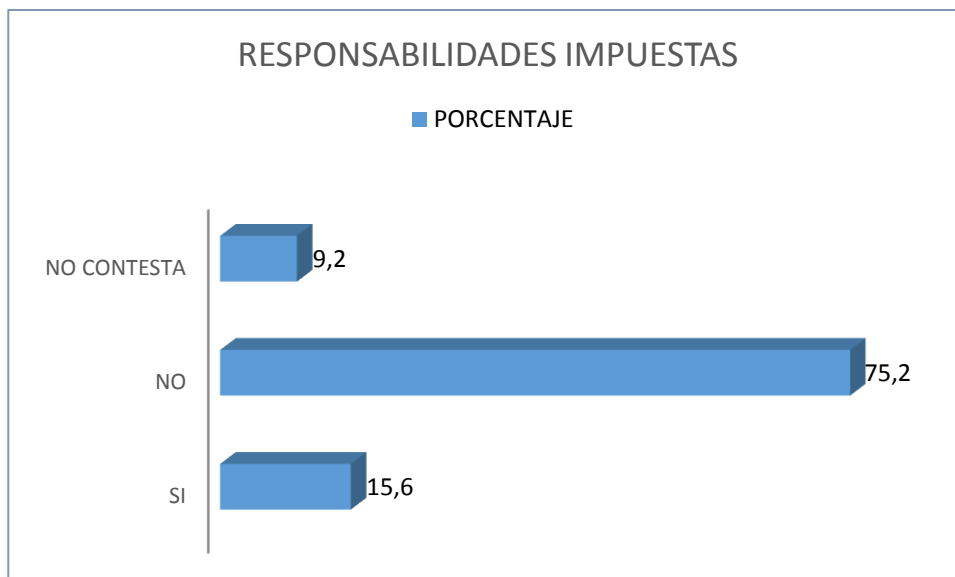
De acuerdo a los usuarios de las instituciones un gran porcentaje no ha recibido el equipo de apoyo que necesita por lo que es preocupante ya que las instituciones no pueden adquirir porque económicamente el presupuesto no les alcanza. Otro grupo indica que se les proporciona bastones por lo que se puede concluir que no todas las instituciones disponen del equipo de apoyo necesario para el bienestar de los asilados.

Gráfico 14 Distribución porcentual de la percepción de cuidados recibidos por los usuarios asilados en las instituciones de Ibarra 2010.



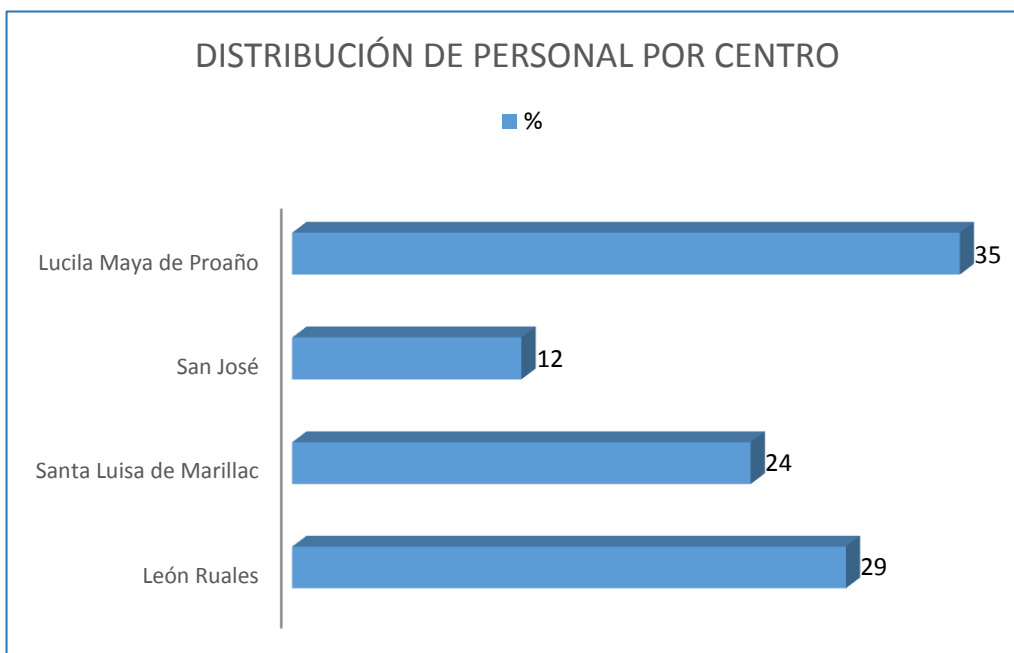
Considerando que la percepción de cuidados del anciano repercute en el estado emocional, siendo el ser más sensible e importante se encontró que es su gran mayoría siente que le dan cariño, le explican antes de realizar cualquier actividad, le tranquilizan en todo momento, le hablan de modo que puede ver los ojos y su boca, existe constante comunicación verbal, siempre toman en cuenta sus limitaciones, y un punto importante respetan en lo posible su intimidad.

Gráfico 15 Distribución porcentual de las responsabilidades impuestas a los usuarios por parte de las instituciones de Ibarra



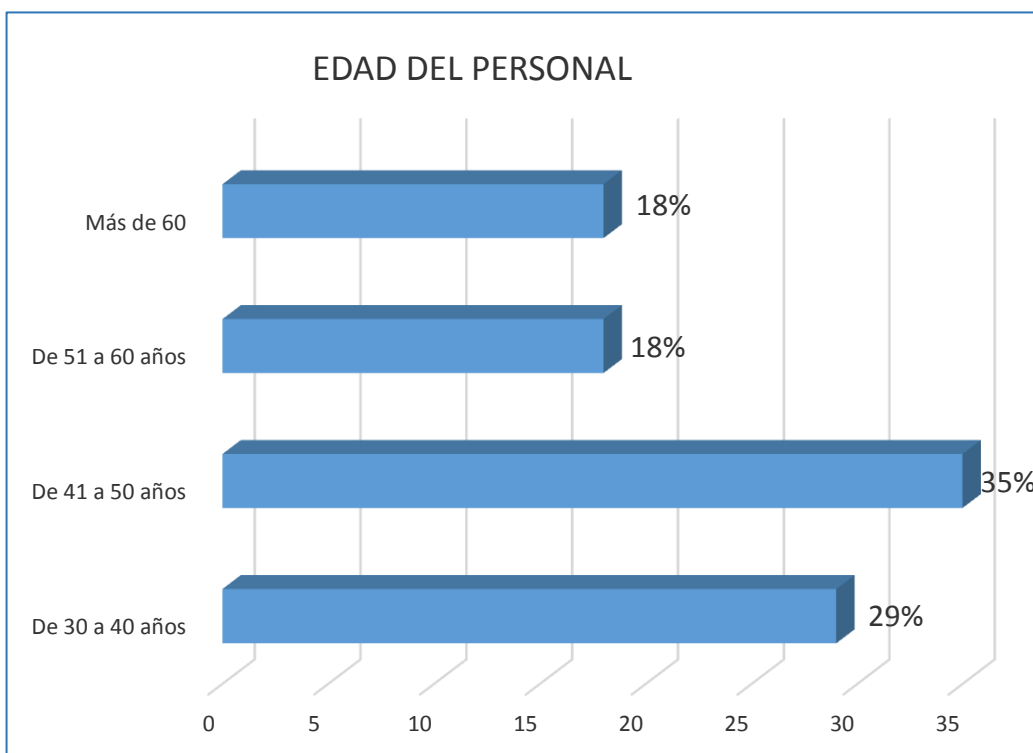
De acuerdo a los encuestados las tres cuartas partes, que es la mayoría opinan que no tienen ningún tipo de imposición, por lo que es bueno el ambiente y no están presionados a realizar actividades que no desean o corresponden. Seguido tenemos un grupo que se siente con imposición de obligaciones, esto ocurre cuando hay falta de personal para realizar ciertas actividades como cuidar la puerta; y por último con el 9% corresponden a los usuarios que no contestan.

Gráfico 16 Distribución porcentual del personal de los asilos que labora durante un turno diurno de la ciudad de Ibarra 2010.



En cuanto al personal que trabaja en los asilos podemos decir que el que más sobresale es el asilo Lucila Maya de Proaño con 6 personas de turno diurno, seguido del asilo León Ruales, el asilo Santa Luisa de Marillac, y por último el asilo San José. Cabe mencionar que durante el turno nocturno solo queda una sola persona para el cuidado de los usuarios, y en otros no queda nadie al cuidado de los ancianos lo cual es preocupante.

Gráfico 17 Distribución porcentual de la edad del personal que trabaja en los asilos de la ciudad de Ibarra



De acuerdo a la edad del personal, la mayoría tiene entre 41 a 50 años, seguido de las edades de 30 a 40 años, otro grupo se encuentra entre 51 a 60 años, y otro de más de 60 años, este último ítem es preocupante porque se aproxima a la edad de adulto mayor.

Tabla 6 Distribución porcentual del talento humano que disponen los asilos de Ibarra

PROFESIONAL	A. LEON		A. STA LUISA		A. SAN JOSÉ		A. LUCILA		TOTAL	
	RUALES		MARILLAC				MAYA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MEDICO	1	5,88	1	5,88	1	5,88	1	5,88	4	23,53
ENFERMERA	0	0,00	1	5,88	0	0,00	0	0,00	1	5,88
AUXILIAR										
ENFERMERIA	1	5,88	0	0,00	0	0,00	1	5,88	2	11,76
AUXILIAR										
ADMINISTRATIVO	1	5,88	0	0,00	0	0,00	1	5,88	2	11,76
COCINERO	1	5,88	1	5,88	0	0,00	0	0,00	2	11,76
AUXILIAR LIMPIEZA	0	0,00	1	5,88	1	5,88	0	0,00	2	11,76
AUXILIAR										
SERVICIOS	0	0,00	1	5,88	0	0,00	0	0,00	1	5,88
PROF. CORTE	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	17,65	3	17,65
TOTAL	4	23,53	5	29,41	2	11,76	6	35,29	17	100,00

Todas las instituciones disponen de un médico que acude solamente una vez por semana. En el mejor de los casos solo un asilo dispone de una enfermera y como auxiliar de enfermería dos asilos. El personal con el que cuentan estas instituciones es muy básico, no cumple con los requisitos del cuidado del adulto mayor y aquí radica la importancia de la propuesta.

Tabla 7 Caracterización laboral del personal en los asilos de la ciudad de Ibarra

TITULO	N°	%
Auxiliar relacionado profesional	6	35.3
No relacionado profesional	11	64.7
Total	17	100

AÑOS DE SERVICIO		
Menos de 7 años	10	58.8
8 a 14 años	1	5.9
15 a 21 años	1	5.9
más de 21 años	5	29
Total	17	100

EXPECTATIVAS		
Económicas	4	23.4
Sociales	9	52.9
Infraestructura y equipamiento	2	11.8
Ninguna	2	11.8
Total	17	100

INSUMOS PARA REALIZAR TAREAS		
Si	9	52.9
No	7	41.2
A veces	1	5.9
Total	17	100

CAPACITACIÓN RECIBIDA		
Relacionada	8	47.1
No relacionada	9	52.9
Total	17	100

HA IMPARTIDO SUS CONOCIMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	2	11.8 %
No	8	47.1 %
A veces	3	17.6%
No contesta	4	23.5 %
Total	17	100

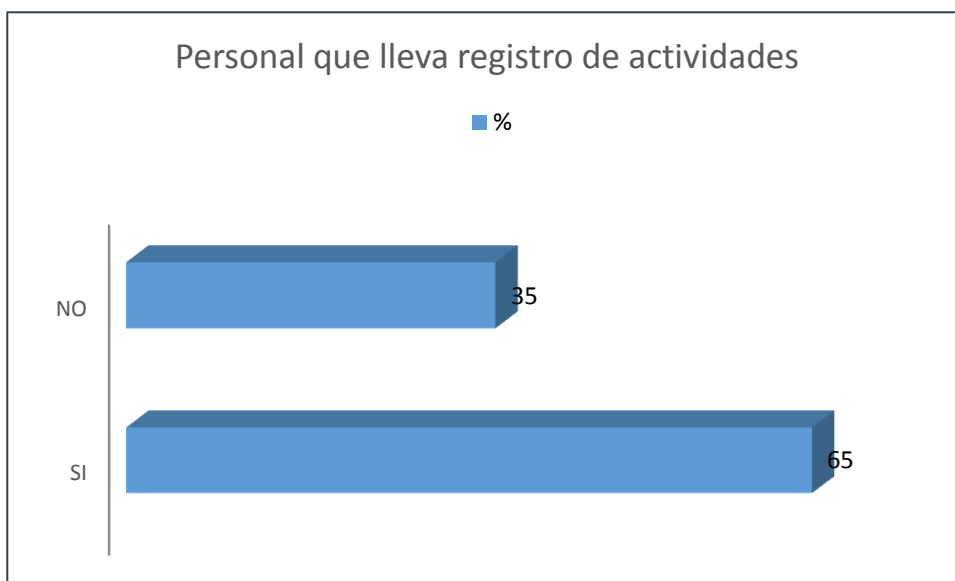
De los datos se desprende que el mayor porcentaje corresponde a aquellos que no tienen relación con las actividades que cumplen. Respecto del tiempo de servicio se anota que tienen menos de siete años más del 50%, pero también un fuerte porcentaje, aquellos que tienen más de 21 años de servicio.

Al indagar sobre las expectativas de los trabajadores, la mayoría tiene expectativas sociales en más del 50%, las económicas aproximadamente un 23%; en cuanto a infraestructura y equipamiento el 11.8% y en un mismo porcentaje no presentan ninguna expectativa.

Respecto a la relación entre la disposición de los insumos para realizar el trabajo, un porcentaje superior al 52.9% manifiesta que si lo tienen, pero un porcentaje inferior 41.2% que no lo tienen.

En torno a la educación continua, se observa que un porcentaje inferior al 50% no ha recibido capacitación relacionada con las actividades que cumplen, pero tampoco dentro de sus aspiraciones mencionan la necesidad de capacitación. De aquellos que han recibido capacitación, el 11.8% sí ha compartido sus conocimientos a los demás compañeros, el 17.6% a veces y el 23.5 no contesta.

Gráfico 18 Distribución porcentual del personal que llevan registro de actividades los trabajadores de los asilos de la ciudad de Ibarra



Sobre el registro que lleva el personal de las actividades que realiza diariamente con los usuarios se encontró que la mayoría no lleva ningún registro de las actividades, solo el 35% correspondiente al personal médico sí lleva registro de actividades.

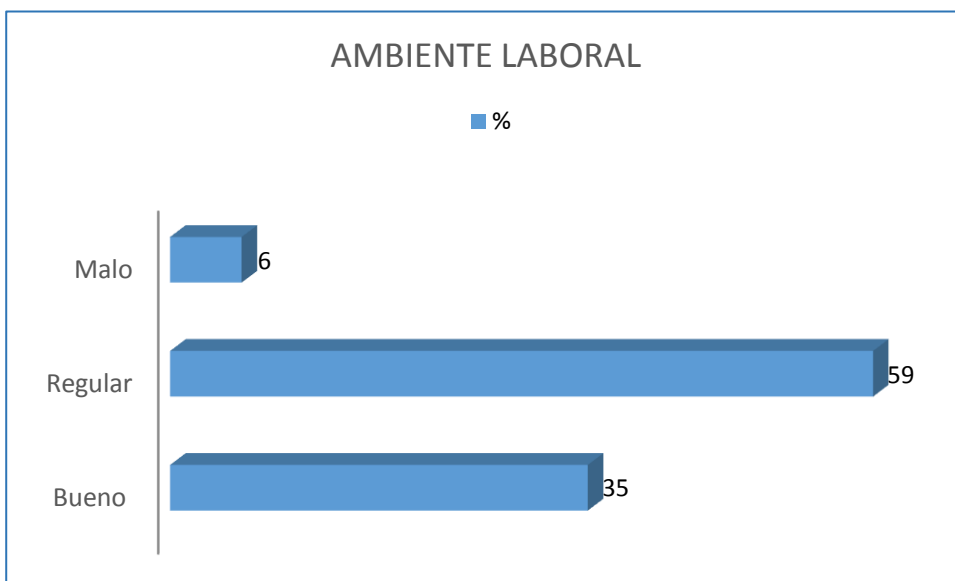
Por ello no se puede contar con ningún registro de control de la atención brindada al paciente a través de las actividades del personal, por lo que es un tanto difícil hacer un seguimiento de cumplimiento de la atención.

Gráfico 19 Criterio de los trabajadores sobre las necesidades materiales y de talento humano en los asilos de la ciudad de Ibarra



De acuerdo al criterio de los trabajadores sobre las necesidades de la institución, se encontró múltiples corolarios, sin embargo los más significativos fueron: la falta de infraestructura (espacios verdes), delimitación de salas por patologías; falta de infraestructura, de personal, insumos.

Gráfico 20 Percepción del ambiente laboral por parte de los trabajadores de los asilos de la ciudad de Ibarra



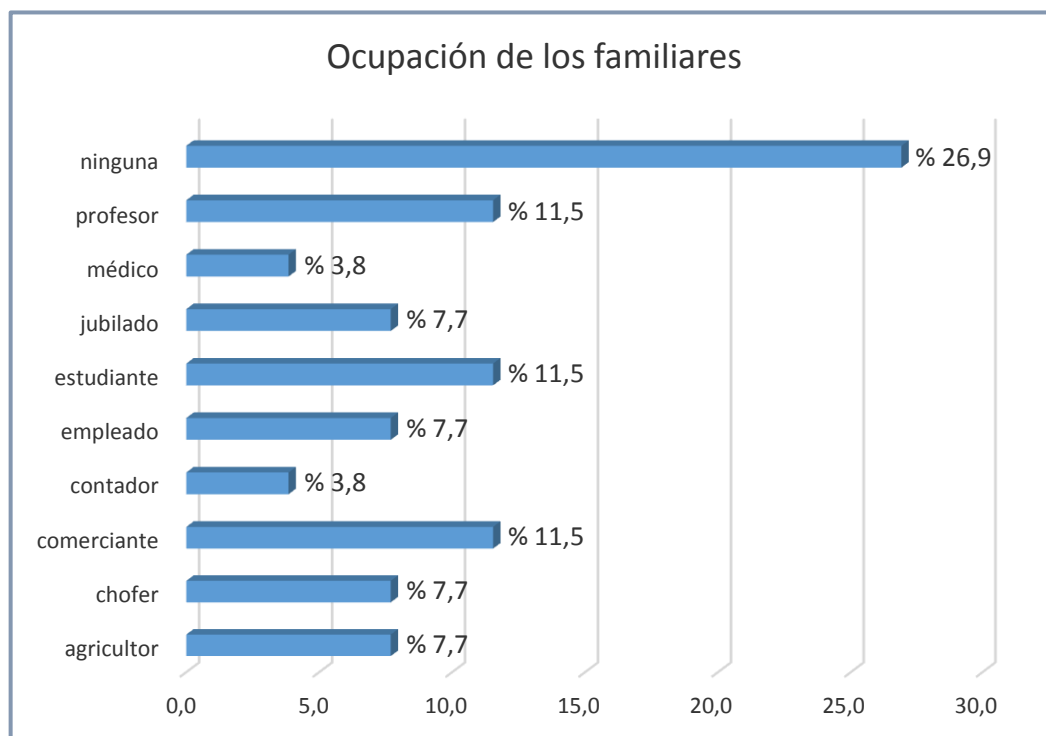
Al indagar sobre el ambiente de trabajo, según el personal estudiado la mayoría piensa que es regular, por lo que llama la atención que el tiempo transcurrido en el trabajo no ha permitido un adecuado desarrollo de relaciones interpersonales; también se encuentra un grupo considerable que consideran que el ambiente de trabajo es bueno y por último un bajo porcentaje que considera que el ambiente de trabajo es malo.

Tabla 8 Edad y sexo de familiares de los adultos mayores de los asilos de la ciudad de Ibarra

Grupos de Edad	HOMBRES		MUJERES	
	N°	%	N°	%
De 11 a 20 años	1	7,1	1	8,3
21 a 40 años	1	7,1	1	8,3
41 a 60 años	10	71,4	6	50,0
61 a 80 años	2	14,3	3	25,0
81 y más		-	1	8,3
TOTAL	14	100,0	12	100,0

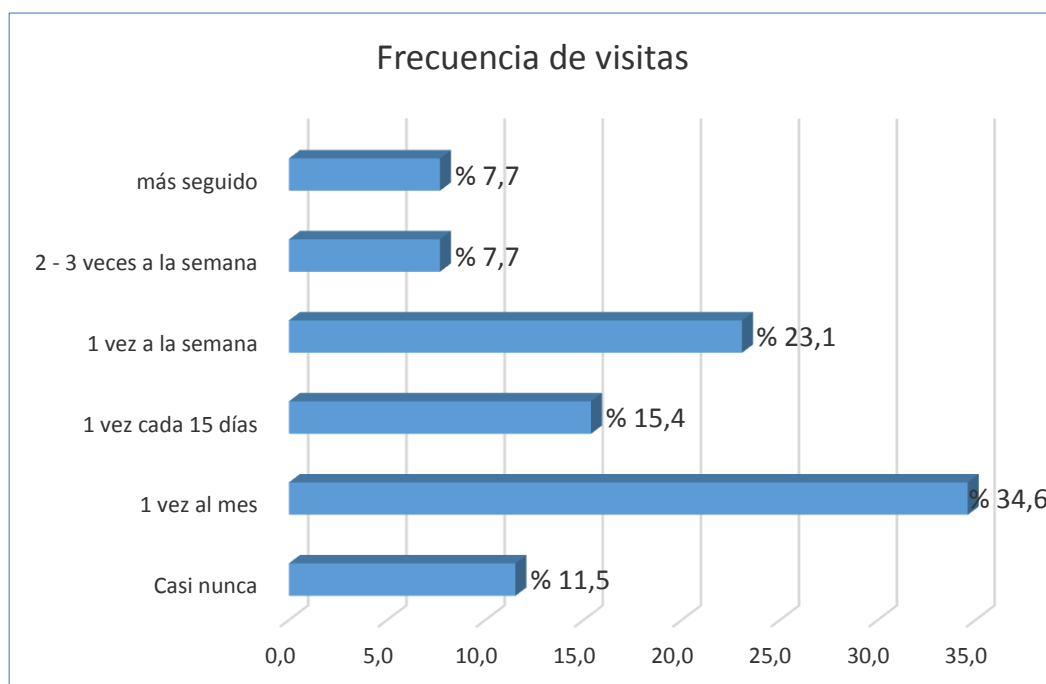
La gran mayoría de los familiares de los usuarios se encuentra en el grupo etario de la población económicamente activa, es decir que son jóvenes y adultos; la media de edad es 51.8 años, con una desviación estándar de 51.2/15.8, edad mínima de 11 años, percentil 25 de 48, mediana de 51, y percentil 75 de 57 máximo 86, moda 48; de estos el 14.3 son mayores de 61 años, por lo que se presume que no los pueden cuidar. Un poco más de la mitad de los familiares pertenece al sexo masculino.

Gráfico 21 Ocupación e instrucción de los familiares de los usuarios de los asilos de la ciudad de Ibarra



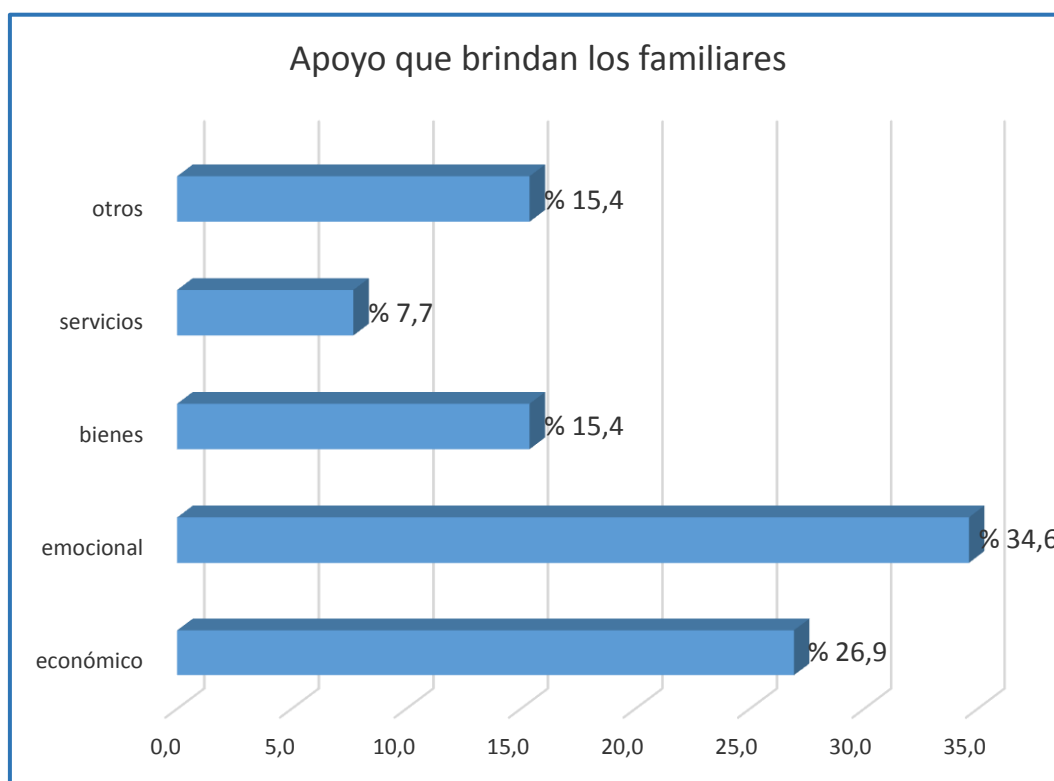
Respecto de la ocupación de los familiares de los usuarios de los asilos, se puede inferir que más de la mitad tiene una ocupación o profesión; sin embargo el 26.9% no registra ocupación alguna, un 11.5% que dice ser estudiante y que podría deducirse que no tiene una actividad económica o productiva, igual que un 7.7% que registra ser jubilado.

Gráfico 22 Frecuencia de la visita a los usuarios de los asilos de la ciudad de Ibarra por parte de los familiares



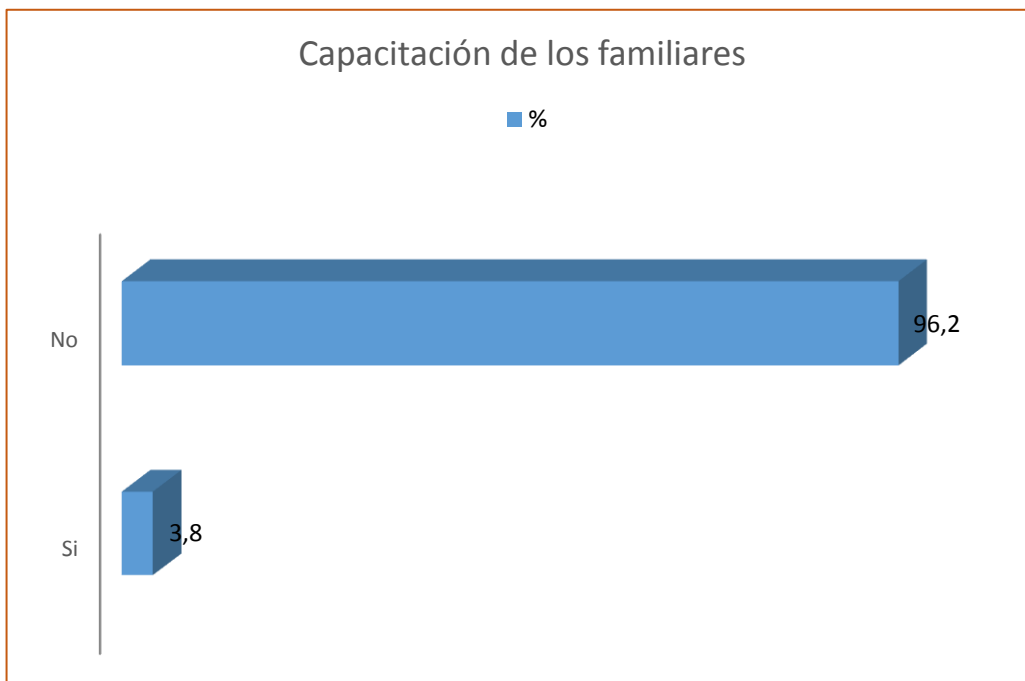
Al observar la frecuencia de visitas que influye mucho sobre el estado de ánimo y sobre las condiciones de salud de los adultos mayores, se obtuvo que la mayoría acude una vez al mes a visitar a sus familiares, seguido de un grupo que lo visita una vez a la semana. Es decir que dentro de un rango aceptable de frecuencia de visita están la mayoría, pero también se observa que hay familiares que nunca asisten.

Gráfico 23 Tipo de apoyo que brindan los familiares a los usuarios de los asilos de la ciudad de Ibarra



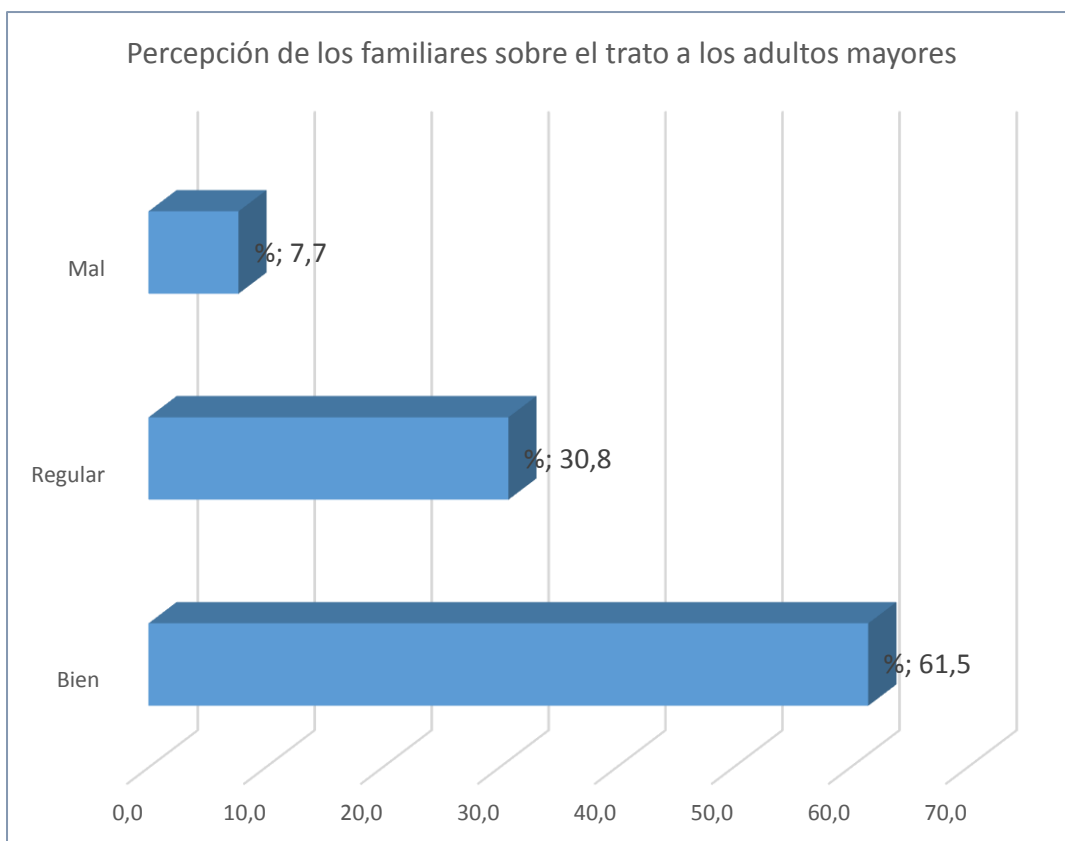
El apoyo que brindan los familiares estudiados en su mayoría es emocional, seguido de un grupo que manifiesta que brinda apoyo económico y de bienes. El apoyo que debe existir sobre todo debería ser el afectivo o emocional para que el adulto mayor no se sienta desamparado o rechazado, ya que está apartado de su núcleo familiar.

Gráfico 24 Familiares que han recibido capacitación por parte del personal de los asilos de la ciudad de Ibarra



Al analizar la capacitación recibida por los familiares de parte del personal que labora en las instituciones de cuidado del adulto mayor, la respuesta es que no reciben alguna capacitación para ayudar al cuidado de las personas adultas mayores.

Gráfico 25 Percepción de los familiares sobre el trato que reciben los adultos mayores en los asilos de Ibarra



Al observar los resultados obtenidos sobre la percepción de los familiares de los usuarios sobre el trato de los trabajadores al adulto mayor, una gran mayoría manifiesta que es bueno, sin embargo es necesario mencionar que para un significativo porcentaje es regular y malo, lo que puede influir directamente sobre el estado de ánimo del usuario.

4.2 Discusión de resultados

En lo referente a los indicadores socio demográficos, se puede mostrar que la mayoría de los adultos mayores que son usuarios de los asilos en la ciudad de Ibarra se encuentran en el grupo más vulnerable, lo que predispone siempre a la búsqueda de estrategias que permitan mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

La mayoría de las personas adultas mayores que fueron encuestadas pertenecen al género femenino y provienen de la sierra; la mayoría no tiene familiares porque son solteros, y no tienen hijos, lo que no favorece la condición emocional del adulto mayor.

Según el estudio realizado por (Garrido & Espinoza, 2010) (p. 409; 2010), la población de la tercera edad es la que crece de manera más rápida desde hace quince años; su tasa de crecimiento pasó de 2.5 por ciento anual en 1970, a 3.5 en 2000 y a 3.6 por ciento en 2004. Mientras el crecimiento anual fue de 237 mil en el 2000, en el 2004 asciende a 281 mil, siendo además el grupo vulnerable cuyos cuidados no son los adecuados. Menciona que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sostiene que la vulnerabilidad por razones de edad y de género requiere de atención especial y acciones focalizadas. El enfoque de género al abordar la tercera edad, reconoce que la vulnerabilidad de las mujeres es diferente con respecto a los hombres, ya que se reportan actos de discriminación en el otorgamiento de pensiones, en tanto la mayoría de mujeres no tiene derecho a una pensión, y cuando la recibe es mucho menor a la que se otorga a los hombres.

Todos los adultos mayores usuarios de los centros gerontológicos investigados, realizan diversas actividades en su tiempo libre relacionadas a actividades físicas, artísticas, artesanales, lo que permite deducir que, al estar ocupado el adulto mayor puede reducirse el riesgo de muerte en las patologías crónico – degenerativas propias de esta edad; refieren no tener dependencia en la gran mayoría de actividades.

La mayoría de usuarios de los centros gerontológicos recibe los tres tiempos de comida principales, lo que supone que no hay mayores falencias en este tema; sin

embargo hay que considerar que algunas personas padecen patologías en las que hay restricción de ciertos nutrientes y ninguno de los asilos cuenta con personal de planta entrenado en nutrición.

Los investigadores Seeman y otros en 1994, refieren que en la vejez, con diferencias muy marcadas de unos individuos a otros, la capacidad funcional va declinando gradualmente; entre las causas principales están los producidos por la edad en el organismo y el impacto de las enfermedades.

Según (Palloni, Hill, & Pinto, 1996, pág. 105), el progresivo deterioro biológico relacionado con el envejecimiento es la resultante de la interacción de factores genéticos y ambientales; estos últimos incluyen estilos de vida, hábitos alimentarios, actividad física y presencia de enfermedades. En este contexto, la nutrición modula los cambios que provoca el envejecimiento en diferentes órganos y funciones del organismo

La determinación de la ingesta de alimentos en la población de adultos mayores es relevante por el crecimiento relativo de este grupo etario. Se estima que el 10,8% de este grupo tiene bajos ingresos económicos, lo que sin duda afecta su alimentación. En los adultos mayores, su ingesta de macronutrientes y micronutrientes era deficiente; sin embargo, la ingesta de alimentos en adultos mayores de ingresos de nivel medio, autovalentes y responsables de la definición de su esquema de alimentación no ha sido estudiada.

En relación al personal que labora en los centros de atención al adulto mayor se encontró que la mayoría del personal son personas de edad avanzada, lo que supone un problema debido a que para trabajar con adultos mayores se requiere de fuerza, vitalidad, y paciencia.

La mayoría del personal refiere que los centros de atención al adulto mayor tienen falencias de diversa índole, entre ellas, las más importantes se relaciona con la infraestructura, la falta de insumos, de equipos y de personal.

La mayoría manifiesta que predomina un ambiente laboral no adecuado para cumplir las actividades diarias. Afirman que no hay procesos de capacitación en temas referentes al cuidado del adulto mayor.

Por su parte, la mayoría de los familiares de los usuarios de los centros gerontológicos investigados manifiestan que están conformes con la atención que brindan a sus familiares usuarios de estos centros, y se encontró, en la investigación, que la mayoría de los familiares visita una vez al mes o cada quince días a sus familiares usuarios de los asilos.

De la observación realizada a cada uno de los asilos se desprende que la infraestructura de estos centros no es la más adecuada, como se describió en las características de los mismos.

Es importante hacer hincapié en la falta de partidas presupuestarias para contratar más personal, sobre todo de salud, que hace falta en estas Instituciones, así como la falta de presupuesto, de proyectos y propuestas que sean factibles de aplicar.

El Plan Nacional del Buen Vivir del gobierno ecuatoriano se remite al Plan Nacional Gerontológico donde determina las funciones específicas que deben cumplir las diferentes entidades públicas y privadas inmersas en la problemática del adulto mayor; aquí se menciona mejorar la infraestructura y mantener un presupuesto permanente para el cuidado del adulto mayor.

En tal razón, para una buena marcha y desarrollo en la atención a esta población vulnerable se debe dar cumplimiento a la norma suprema y demás leyes pertinentes que tengan relación con la Ley del Anciano.

4.3 Conclusiones

- a) En la ciudad de Ibarra existen centros gerontológicos privados y otros que funcionan con recursos del Estado, para atender a personas mayores de 65 años de edad, consideradas en el grupo de adultas mayores, estos centros cuentan con un financiamiento propio en el caso de los privados, sustentando por las mensualidades de los familiares, sin embargo en el caso de los estatales, reciben un escaso ingreso, pero en relación al cuidado directo se podría decir que no cambia en gran manera.
- b) Las personas que son usuarias de estos asilos o centros gerontológicos, por lo general son personas de modestas condiciones socio-económicas y se dividen en igual porcentaje tanto hombres como mujeres. Debemos tomar en cuenta que en algunos casos los familiares de dichos usuarios son profesionales.
- c) La mayoría de los adultos mayores necesita de ayuda para realizar actividades instrumentales, por lo que se precisa de una atención especializada, la realidad de los centros gerontológicos no permite dicha atención.
- d) La mayoría de los adultos mayores usuarios de los centros gerontológicos de Ibarra presentan enfermedades propias de la edad, que implica una atención personalizada y de mayores cuidados; sin embargo, estos asilos no cuentan con personal de salud, además elementos que precisen su atención adecuada es múltiple en casos como enfermedades Oseas, musculares, sentidos, cardiovasculares, renales – respiratorias y neurológicas, al carecer de dicha atención, se incrementa el riesgo de complicaciones derivadas por la falta de atención oportuna y preventiva.
- e) Algunos asilos objeto de la investigación no presentan los estándares apropiados para la atención a los adultos mayores, tanto en asepsia como en capacidad para atender las diferentes necesidades, su infraestructura es improvisada y en muchos casos adaptada.. Los centros de atención al adulto mayor de la ciudad de

Ibarra no cuentan con un modelo de atención en salud integral para realizar la gestión.

- f) El personal que trabaja en estas instituciones no ha recibido capacitación relacionada al tema de atención al adulto mayor, sus falencias son tanto en conocimiento como en práctica del diferente cuidado y atenciones no especializadas o médicas.

4.4 Recomendaciones.

- a) Es necesario universalizar la atención a las personas adultas mayores que asisten a los centros gerontológicos de la ciudad de Ibarra, pues este sector poblacional está considerado como de alta vulneración. tomando en cuenta que debe ser una atención personalizada y no general como es la distribución de algunos programas.
- b) Se debería aplicar metodologías especializadas para atender a las personas adultas mayores en los centros gerontológicos de Ibarra. Se recomienda que el personal que labora en los asilos de la ciudad de Ibarra tengan acceso a procesos de capacitación especializada en el tema de cuidado y atención a los adultos mayores
- c) Se debe dar cumplimiento a la norma suprema y demás leyes pertinentes que tengan relación con la Ley del Anciano, tomando en cuenta que la Constitución Política del Estado es el regente de nuestro país
- d) Es necesario que los centros gerontológicos cumplan con los estándares para atención mínimo para la atención a los adultos mayores. Considerando que cada institución debe cumplir con los lineamientos de la infraestructura de un centro gerontológico.

- e) Se recomienda aplicar el presente modelo de atención de salud integral para las personas adultas mayores. por lo que contribuirá de alguna manera para cubrir las necesidades básica del adulto mayor

CAPÍTULO V PROPUESTA

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR

5.1 Introducción

En las prácticas de la salud para la atención integral al adulto mayor, en el marco de los asilos, es necesario conocer los perfiles de morbimortalidad del adulto mayor así como el examen periódico de salud y el screening, los cuales se realizarían teniendo presente la evaluación de riesgos y la frecuencia que presentan los problemas de la etapa media de la vida con la repercusión familiar que en la misma tiene.

Esto contribuiría a una adecuada y óptima implementación de las prácticas preventivas y consejería que se deberían realizar para practicar la atención primaria de la salud como derecho de la comunidad a estar bien. Además, es útil aprender a interpretar los cambios epidemiológicos del envejecimiento que van afectando a la población en general los cuales ingresan modificando las pirámides poblacionales.

Desde estas consideraciones rescatamos el inefable valor que aporta el conocimiento básico sobre cuidado directo al adulto mayor, propendiendo a una mejor calidad de vida dentro del vínculo familiar; justificándose la tarea responsable como profesionales de la salud en el abordaje integral a través de una evaluación geriátrica multidimensional.

En el punto de partida de este enfoque encontraremos el modo de interpretar la particularidad y especificidad con la que se presentan las problemáticas de salud-enfermedad de los ancianos.

Se convierte así en relevante, desde un comienzo de nuestras prácticas, conocer los cambios fisiológicos de esta etapa de la vida y su punto de encuentro con las vicisitudes vividas por los ancianos desde la perspectiva de su propia realidad socio-familiar.

Solo así podremos autorizarnos a implementar, con fundamentos científicos anclados en la realidad social concreta, prácticas preventivas, enfoques terapéuticos, consejería y asistencia fundada en el derecho a la mejor calidad de vida de esta etapa, la vejez, síntesis sabia de la existencia humana.

Considerando que la pirámide poblacional en América y en el Ecuador ha ido en crecimiento en relación a las personas añosas debemos trabajar sobre todo en la prevención. Asimismo es importantísimo mencionar que, según los últimos datos arrojados por el INEC, los porcentajes de morbilidad en el adulto mayor son muy altos sobre todo en las patologías crónico – degenerativas propias de la tercera edad como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

Según el censo realizado por el INEC en el 2007, en el Ecuador, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado; las proyecciones de población indican un aumento ascendente, alcanzando en los hombres 75 años y en las mujeres 78 años.

De acuerdo a los indicadores nacionales de salud del Ministerio de Salud Pública, recogido por la OPS, se evidencia que entre las diez primeras causas de mortalidad general predominan la diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, influenza y neumonía, enfermedades isquémicas del corazón, accidentes de transporte terrestre, insuficiencia cardíaca y enfermedades mal definidas, alzhéimer, cáncer, entre otras, consideradas patologías propias de los adultos mayores.

Aquí radica la importancia de contar con un modelo de atención integral para el adulto mayor de los asilos, conociendo que en los datos encontrados en la investigación no se dispone de un médico a tiempo completo ni de personal de salud que pueda hacer prevención y promoción de la salud.

La propuesta abarca tres enfoques:

1. El de atención primaria de salud,
2. Educación continua al personal que labora en los asilos, y,
3. Protocolos de atención para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Un modelo de atención integral que se encuentre estructurado en un lenguaje claro y sencillo que pueda ser manejado por el personal que se encuentre a cargo de los adultos mayores.

5.2 Fundamentación

Según la convención de Naciones Unidas, se entiende por adulto mayor a toda persona mayor de 60 años. Este grupo de edad ha ido creciendo en forma acelerada: en el año 2005, 672 millones de personas eran adultos mayores, es decir, 1 de cada 10 personas, mientras que para el año 2050 la proyección mundial señala que dos billones de personas serán adultos mayores, es decir, 1 de cada 5 personas, con una clara diferencia de género, porque la esperanza de vida al nacer es 67,7 años en las mujeres y 63,2 años en los hombres. En el año 2005 hubo 67 millones, más mujeres que hombres entre los adultos mayores. Esta brecha de género se incrementa con la edad: en los mayores de 80 años existe el doble de mujeres que hombres y en los mayores de 100 años, 4 de 5 personas son mujeres. Por otra parte, la fertilidad ha disminuido a nivel mundial: en el período 2000 - 2005, 84 países, que dan cuenta de la mitad de la población mundial, tuvieron tasas de fertilidad iguales o inferiores a las necesarias para reemplazar a la población existente, lo que significa que la población está disminuyendo en casi 50% de los países del mundo. De lo expuesto se deduce que en los próximos años, en algunos países del mundo la población va a disminuir y en todos los países va a envejecer (Peggy Kelly 2006).

Durante los últimos 50 años los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales que experimenta la población ecuatoriana son una realidad; la población va envejeciendo en forma acelerada, las proyecciones de la población nos indican que en el año 2010 los adultos mayores llegarán a 986.407 que representan el 6.94%; para el año 2025 serán 1.592.232 que representarán el 9.84% (estimaciones y proyecciones del INEC según el censo de 2010); de igual manera la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas van aumentando y la situación social se proyecta negativamente al abandono, la soledad, la marginación social y la pobreza. A medida que aumenta la edad, también lo hace el riesgo de pérdida de la funcionalidad física y autonomía mental lo que lo lleva a depender de otras personas, para realizar las actividades de la vida diaria.

En esta línea de pensamiento y acción, se ha tomado en cuenta el marco jurídico actual, la Ley del Anciano, la Constitución de la República del Ecuador 2008, en el capítulo tercero que habla sobre los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.

El Ecuador cuenta con aproximadamente 700.000 senescentes. En la actualidad la población total de Ibarra es de 153.256 habitantes, en todo los grupos etáreos, siendo la población inactiva mayor de 60 años el 11.8% y el 10.8% de población activa; esto permite aseverar que hay un alto porcentaje de población inactiva. Precisamente es este segmento de población el potencialmente usuario de los centros de atención al anciano en la ciudad de Ibarra. Sin embargo, son insuficientes los centros gerontológicos existentes, que tienen problemas en los aspectos de infraestructura, así como en la calidad y la cantidad de profesionales que brinden una atención integral al adulto mayor.

La problemática del envejecimiento es actualmente uno de los fenómenos más notorios y de difícil manejo, sin soluciones económicas prioritarias, debido al insuficiente sistema de la seguridad social y la tendencia acelerada del envejecimiento de la población ecuatoriana, lo que trae consigo un elevado margen de desprotección jurídica y social, ocasionando una deficiente atención de salud en los ancianos, generando en nuestra comunidad, una población desprotegida y no productiva. Esto obliga a tomar conciencia de nuestra responsabilidad frente a la creciente población desprovista de amparo social, por falta de políticas públicas claras y definidas acorde a nuestra realidad e idiosincrasia.

Se observa que día a día el envejecimiento es un proceso conformado por una serie de modificaciones que engloban al ser humano en una forma total, con sus cambios en la estructura orgánica, funcional y social, que se hacen presentes inevitablemente a medida que el individuo envejece.

Todos estos cambios requieren de la aplicación de un modelo de asistencia integral en salud, dirigido a este importante grupo de personas adultas mayores. Se necesita una guía, que contenga procesos bien establecidos para ofertar una atención en su cuidado directo, el mismo que deberá ser integral, basándose en protocolos de atención definidos específicamente para cada patología, su tratamiento y rehabilitación, complementándose con aquellos componentes básicos relacionados con un adecuado sistema de alimentación y nutrición, terapias recreativas y ocupacionales, que también constituyen uno de los pilares fundamentales en el desarrollo humano. Es importante considerar un ambiente acogedor en donde las condiciones de vida de las personas adultas mayores sean diferentes y sin limitaciones.

En Ibarra el acceso a los servicios de salud es muy limitado, sin embargo, la ley del Seguro Social en su artículo 116, dice que las personas aseguradas tienen derecho a elegir libremente a los prestadores de salud, excepto los jubilados ya que serán atendidos obligatoriamente en el IESS. Como se puede observar, el principio de libre elección se encuentra un tanto restringido, por ello la finalidad es realizar una propuesta de atención a este grupo de personas para propender a un envejecimiento digno.

5.3 Objetivos

5.3.1 Objetivo general

Proponer un Modelo de Atención en Salud Integral para las personas adultas mayores, que contemple normas y protocolos de atención en los asilos de la ciudad de Ibarra, que promueva un cambio institucional.

5.3.2 Objetivos específicos

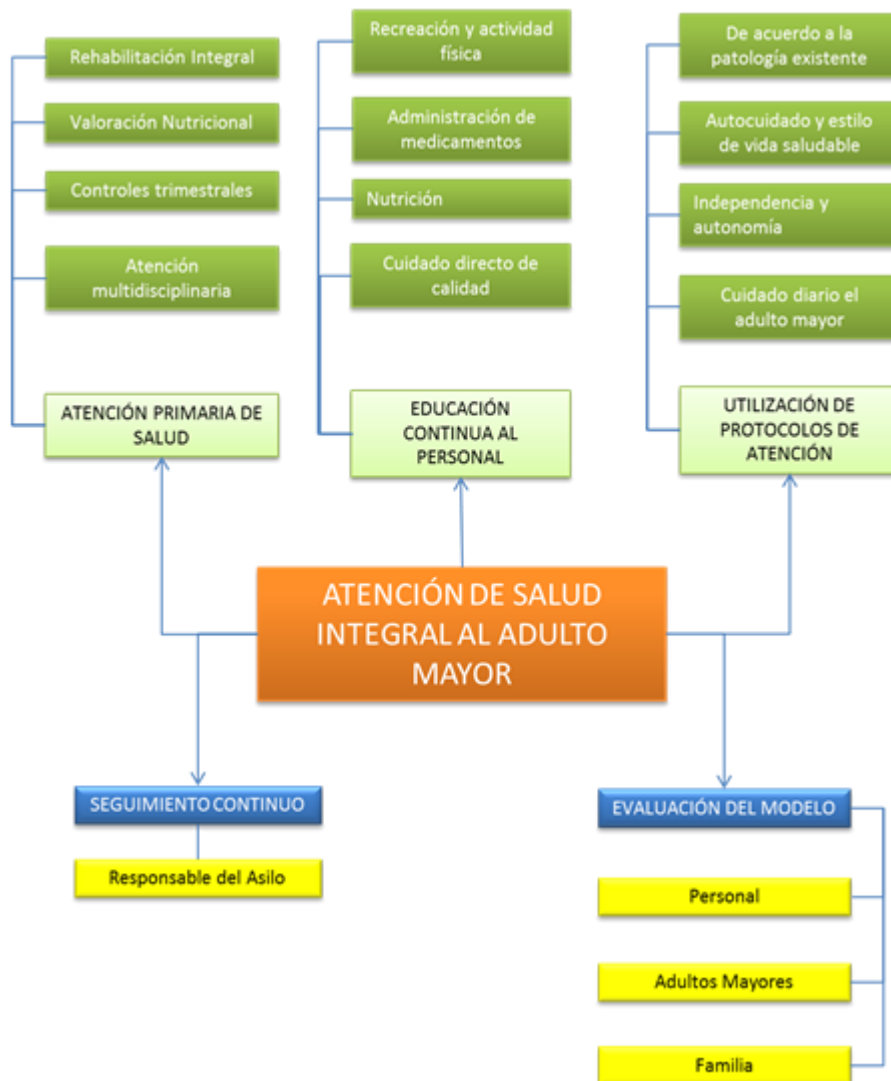
- a) Estructurar e implementar protocolos de atención para los adultos mayores, sobre todo de las enfermedades crónico - degenerativas,
- b) Sugerir la capacitación del talento humano, tanto profesional de salud como de servicios.
- c) Sugerir el talento humano especializado para la conformación del equipo multidisciplinario que atenderá de forma integral al adulto mayor.
- d) Diseñar una metodología de intervención para el personal que labora en los asilos de adultos mayores, a partir de una atención con calidad, calidez, eficacia y eficiencia.

5.4 Beneficiarios

Los beneficiarios directos son los adultos mayores usuarios de los centros gerontológicos, y los recursos humanos que laboran de estos asilos.

5.5 Desarrollo

Ilustración 1 MODELO PROPUESTO DE ATENCION INTEGRAL DE ATENCION AL ADULTO MAYOR



1er. EJE: Atención Primaria de Salud

La atención primaria de salud APS es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo

del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

La APS se basa en la práctica, en las pruebas científicas y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesibles universalmente a través de la participación social, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Es el foco principal del sistema sanitario y su primer nivel de contacto, acercando el máximo posible la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan.

(Loyola, 2005) al hablar de los elementos conceptuales de la Atención Primaria de Salud, señala los siguientes:

1. **Integral:** Considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial. La esfera biológica, psicológica y social, no son independientes sino que interaccionan en las personas y sus problemas de salud.
2. **Integrada:** Interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, que han de formar parte de las actuaciones desarrolladas. Se integra, funcionalmente en todas las estructuras y niveles de la red de servicios.
3. **Continuada y permanente.** A lo largo de la vida de las personas en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo) y en cualquier circunstancia (consulta a un servicio, urgencia, seguimiento hospitalario).
4. **Activa:** Los profesionales de la salud no actúan pasivamente frente a la demanda, sino que trabajan activamente en los distintos aspectos de la atención, buscando y resolviendo las necesidades de salud aunque estas no sean expresadas, con referencia especial a los campos de la prevención y promoción.

5. **Accesible:** No debe comprender solo aspectos geográficos, sino además: económicos, burocráticos y discriminativos.

6. **Basada en Equipos Interdisciplinarios:** Trabajo en equipo, el equipo de salud en APS está formado por profesionales sanitarios y no sanitarios.
 - Médico geriatra
 - Médico general
 - Enfermera
 - Nutricionista
 - Psicólogo
 - Fisioterapeuta
 - Auxiliares
 - Odontólogo

La idea primordial es conformar un grupo multidisciplinario rotativo integrado por todos los profesionales mencionados que vayan cada semana o cada quince días a los asilos de la ciudad. Para esto se necesita realizar un trabajo de coordinación con el hospital san Vicente de Paúl, la Cruz Roja Ecuatoriana, la Facultad Ciencias de la Salud de la UTN, y otras instituciones benéficas para acceder a estos servicios.

7. **Comunitaria y participativa:** Atención de los problemas de salud colectivos, y no solo individuales, mediante la utilización de técnicas propias de la salud pública y medicina comunitaria. En este eje se trabajará sobre prevención y promoción de la salud así como atención por parte del médico y la enfermera a los adultos mayores.

8. **Programada y evaluable:** Con actuaciones basadas en programas de salud con: objetivos, metas, actividades, recursos, mecanismos de monitoria y evaluación, para su control, claramente establecido.

Cuadro 1 Actividades a realizarse en este ámbito de APS

ESTADO FUNCIONAL	ACCIONES DE PREVENCIÓN	RECUPERACION	REHABILITACION INTEGRAL	IMPACTO %	RECURSOS
AUTOVALENTE					
DEPENDIENTE LEVE O MODERADO					
DEPENDIENTE SEVERO					

Cuadro 2 Actividades del eje atención primaria de salud

ACTIVIDADES	META	RECURSOS
<p>Controles trimestrales a los adultos mayores o por riesgo de edad, y si es necesario más frecuentes, mediante la valoración biomédica, psicológica funcional y social, promoviendo autogestión con las diferentes instituciones.</p> <p>Realizar exámenes de la cavidad bucal con una periodicidad anual a todos los residentes de la institución</p>	<p>Prevenir enfermedades que pueden causar morbilidad, dando un tratamiento a tiempo mejorando su estado de salud</p> <p>Garantizar la atención estomatológica a todos los adultos mayores de la institución mejorando su salud y nutrición</p>	<p>Médicos del Hospital San Vicente, centros médicos, enfermera.</p> <p>Médicos, odontólogos convenio con la Cruz Roja</p>
<p>Realizar la valoración nutricional al ingreso y de forma evolutiva con una periodicidad trimestral o con mayor frecuencia, clasificando el estado nutricional y dando el adecuado tratamiento a las patologías que requieran de la nutrición clínica</p>	<p>Lograr un estado nutricional que se corresponda con todas las necesidades del adulto mayor.</p> <p>Mejorar los tratamientos de las patologías que aquejan a los adultos mayores.</p>	<p>Recursos de la UTN como Escuela de Nutrición y Gastronomía.</p>
<p>Rehabilitación Integral mediante ejercicios físicos, actividades</p>	<p>Mejorar la calidad de vida del adulto mayor.</p>	<p>Estudiantes de la UTN, de Fisioterapia.</p>

recreativas, culturales, sociales útiles y otra.		
Hacer un screening a los adultos mayores de acuerdo a enfermedades crónicas, cerebrovasculares, párkinson, epilepsia, pulmonar obstructiva crónica, tiroides, enfermedades infecciosas de larga duración y otras.	Reducir la morbilidad y mortalidad del adulto mayor en la institución, mediante atención continua y vigilancia de riesgos de enfermedad	Personal Estudiantes UTN
Inmunizar a todos los adultos mayores con la vacuna toxoide titánico y si es posible antigripal.	Prevención y protección de enfermedades virales	MSP.
Interconsultas por especialistas procedentes de los hospitales de acuerdo a la demanda de la institución	Una atención de calidad de acuerdo a patologías presentadas en el adulto mayor.	MSP
Aplicación de los programas del Ministerio de Salud como EDA ,IRA, TB, mediante la prevención, atención y rehabilitación	Reducir la morbilidad en caso de enfermedades diarreicas, pulmonares.	MS

2° EJE: EDUCACION CONTINUA AL PERSONAL DE SALUD

Al conocer la realidad de los asilos, en los que laboran en su mayoría, auxiliares de enfermería y personal de servicio, se propone utilizar estándares de atención integral para:

- a) Cuidado directo
- b) Nutrición

- c) Medicación
- d) Higiene y
- e) Recreación

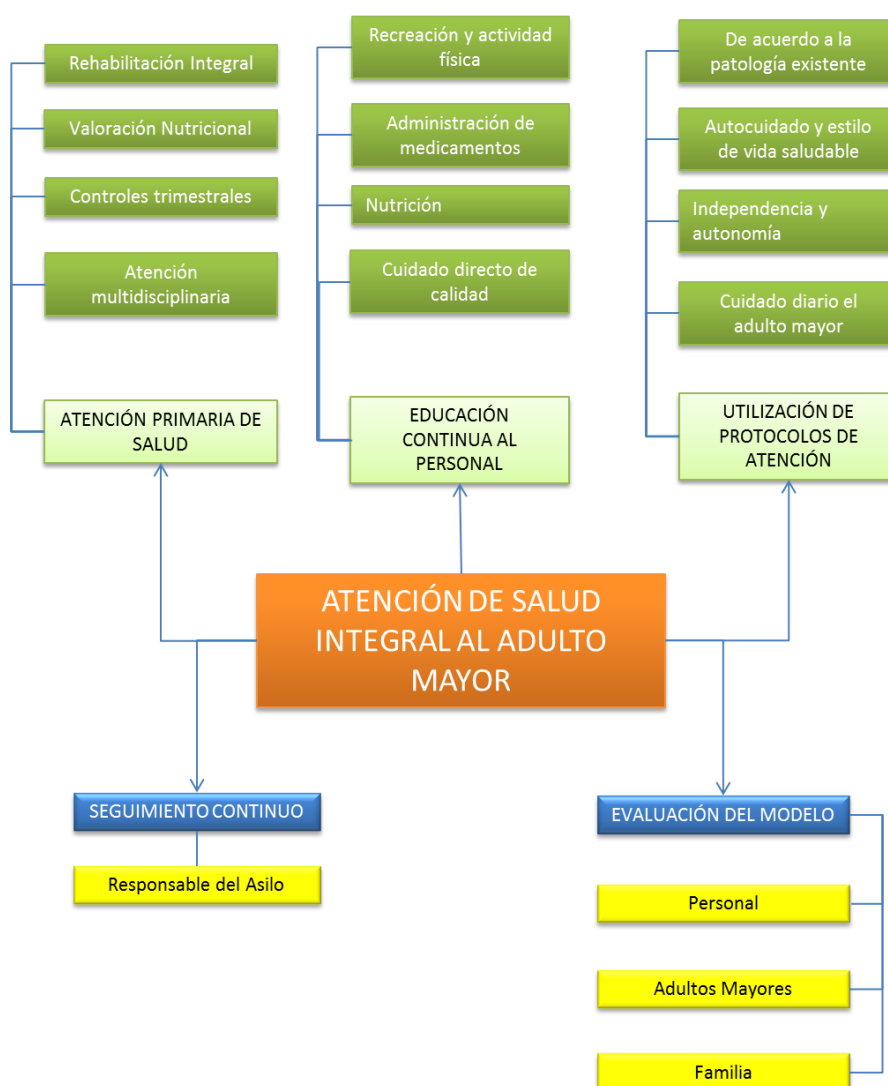
La capacitación continua sobre el cumplimiento de estos estándares ya que en los que compete salud y conocimientos profesionales, el equipo multidisciplinario deberá encargarse de las siguientes actividades:

Cuadro 3 Actividades a realizarse del eje educación continua al personal de salud

ACTIVIDADES	META	RECURSOS
Capacitación relacionada a la misión y visión que tiene como finalidad la institución	Beneficiario de aplicación de conocimientos recibidos	Personal de la institución y estudiantes de la UTN
Capacitaciones al personal sobre relaciones humanas, motivación, autoestima, estímulos. Elaborar un registro diario de las actividades del personal.	Evitar la rutina diaria del personal que labora más de 10 años.	Personal de instituciones e instituciones Personal
Organizar los cursos de relaciones humanas y motivación para el personal de la institución	Mejorar el estado psicológico del personal para realizar las actividades encomendadas con satisfacción.	Motivador, personal.
Crear un sistema de registro para evaluar las actividades diarias del personal de la institución hacia el adulto mayor	Medir las prácticas y habilidades del personal de la institución	Personal de los asilos
Elaboración de instrumentos de evaluación general del personal de la institución	Monitorización de las actividades del personal de la institución	Personal
Realizar una guía general sobre los cuidados básicos	Seguridad en la aplicación de cuidados de los familiares, mediante el conocimiento	Maestrante.
Promover campañas sobre la	Empezar un proceso esperando	Instituciones

concienciación del cuidado y apoyo emocional que se debe tener con el adulto mayor por parte de todos los que conforman la familia	resultados positivos hacia nosotros mismos ya que todos pasaremos por esta etapa.	
--	---	--

3er. EJE: GUIA PRÁCTICA Y SENCILLA ENMARCADA EN LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES MÁS COMUNES DE LOS ADULTOS MAYORES ACOPLADOS A LAS INSTITUCIONES, USUARIO Y FAMILIARES



BIBLIOGRAFÍA CITADA.

- 1) DMedicina.com. (14 de 12 de 2011). *Hipertensión arterial*. Recuperado el 20 de 03 de 2014, de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial.html>
- 2) Family doctor.org. (03 de 2014). *Insuficiencia cardíaca*. Recuperado el 11 de 08 de 2014, de <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/heart-failure.html>
- 3) Garrido, C., & Espinoza. (2010). Iris and Romo Ormazábal. *revista de Salud Pública española*.
- 4) INEC. (2010). Recuperado el 23 de marzo de 2015, de inec@gob.ec
- 5) Jaimes, A., & Ortiz, D. (2006). *Gerontología, Geriátrica y Medicina Interna*. Recuperado el 10 de 02 de 2014, de http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/05_Gerontologia.pdf
- 6) Jiménez, R., & Carrillo, B. (2002). *Manual de Geriátrica*. Barcelona: Masson.
- 7) Krzemien, D. (2001). *Calidad de vida y participación social en la vejez femenina*. Mar del Plata: Grupo de investigación psicológica del desarrollo.
- 8) Loyola, L. (2005). *Atención primaria de la salud*. Kazajistán: Alma Ata.
- 9) Martin, E. (1994). La prevención comunitaria. *Revista sobre igualdad y calidad de vida N° 7. Colegio oficial de psicólogos*.
- 10) Meraz, L. (25 de 11 de 2014). *Salud integral, ¿qué significa?* Recuperado el 10 de 12 de 2014, de <http://www2.esmas.com/salud/salud-natural/667825/salud-integral-que-significa/>
- 11) Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). *Guía operativa para al atención a las personas adultas mayores*. . Quito.
- 12) Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2010). Programa Nacional del Adulto Mayor.
- 13) OMS. (1998).
- 14) Palloni, A., Hill, K., & Pinto, G. (1996). Economic swings and demographic changes in the history of Latin America.

- 15) Ramírez, J. (1996). *Reglamentos, Ley para las personas con discapacidad del Distrito Federal*. Recuperado el 24 de 02 de 2014, de <http://www.arqhys.com/construccion/asilos/material>
- 16) Salinas, J., Bello, M., Flores, A., Carbullanca, L., & Torres, M. (2005). Actividad física integral con adultos y adultos mayores en Chile. *Resultados del programa piloto*.
- 17) Velandia, A. (1994). *Investigación en salud y calidad de vida*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- 18) Vignolio, J., Vacarrea, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (04 de 2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Recuperado el 21 de 01 de 2014, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_arttext#6
- 19) Zimmet, H. (1997). *Classification of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance*. Chichester John Wiley and Sons Ltda.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- 1) Albalá, C. F, Kain J, Uauy, R. (2001). *Nutrition Transition in Latin America*. Chile: Nutr Reviews.
- 2) America Family Physician. (2001). Recuperado el 15 de Agosto de 2014. Disponible en: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/heart-failure.printerview.all.html>
- 3) Arbelo, A.C. y Hernandez R. (2010). *Demografía sanitaria de la ancianidad*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 4) Beare / Myers. (1995). *El Tratado de Enfermería de Mosby*, Vol.1.
- 5) Beeson, Mc, Dermont, C., (2001). *Tratado de Medicina Interna Cuarta Ed.* Tomos I y II. España: Mc Graw Hill.
- 6) Bermejo, F. (2009). *Nivel de Salud y deterioro cognitivo en los ancianos*. Fundación Caja Madrid. La tercera edad en España; aspectos cuantitativos.
- 7) Bermejo, F.P. (1999). *Teorías biológicas del envejecimiento*.
- 8) Brownlee M. (1991). *Glycosylation products as toxic mediators of diabetic complications*. Annu Rev Med. USA: SUNE
- 9) Constitución Política de la República del Ecuador, 2011.
- 10) Curso de formación de familiares, cuidadores de personas mayores dependientes. Industriagráfica JOMISA, Donostia, San Sebastián, España, abril 1999.
- 11) Educación para el autocuidado en salud – EPAS (1991). Volumen VIII. Salud de la tercera edad, No. 4.
- 12) Galeman, D. (1999). *La Inteligencia Emocional*. Colombia: Editor
- 13) Harman D. (1956). *Aging: a theory based of free radical and radiation chemistry*. J Gerontol. USA: Castell
- 14) Kaschak, N., Jakovac S. (2008). *Planes de Cuidados en Geriatría*. México : Mosby/Doyma.
- 15) Manual de Merk sexta edición .Merk SharpDhome Internacional.
- 16) Monnier VM, Cerami A. (1981). *Nonenzymatic browning in vivo: possible process for aging in long lived*. USA: Castell

- 17) Myers, B. (1995). *El Tratado de Enfermería de Mosby*, Vo. 1.
- 18) Nanda, (1999-2000). *Diagnósticos de Enfermagem* ; Porto Alegre; ed. Artmed.
- 19) Peralta L, Barros T. (1999). ASEDEFE *Unidad Didáctica de alimentación y Nutrición*, Equipo Conductor.
- 20) Ramirez J. (2012). *Artículo del Requerimiento de Asilo para Ancianos*. Primera edición. México: Suzaeta
- 21) Rivera, C., GIL, G. (1996). *Problemas Éticos en Relación con el Paciente Anciano*. Madrid: Colección Clínicas Geriátricas.
- 22) Salgado, A. y Guillen, F. (2007). *Manual de Geriatria* 2ª Edición. Ediciones Científicas y Técnicas.
- 23) Salinas, M. (2011). *Programa Atención Integral del Adulto y Adulto Mayor*. México: LP Ediciones
- 24) Sanmartin H. (1990). *Epidemiología de la vejez*, 3era edición. Madrid: McGraw Hill.
- 25) Sheldrake AR. (1974). *The ageing, growth, and death of cells*. USA: Nature.
- 26) Sosa, A. (2002). *Capítulo Geriatria Gerontológica*, Madrid: Editorial Asociación Española.
- 27) Szilard L. (1969). *On the nature of the aging process*. 1th edicion. USA: Proc Natl Acad Sci
- 28) Varela, L. (2000). *Tópicos Selectos en geriatría*. Lima-Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- 29) Vaticano, J. (2002). *Atención del Anciano en Cuba Desarrollo y Perspectiva*. Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED), 2da.Edición. España: Mc Graw Hill.
- 30) Zelada, M., Mayta, P. (2006). *Trev Peru Med Exp Salud Pública, Comunicación Corta*. Colombia: Edicona

ANEXOS

ANEXO 1 ENCUESTA PARA PERSONAL DE ASILO

EDAD

SEXO M F
INSTRUCCIÓN

OCUPACION

TITULOS QUE HA OBTENIDO

TIEMPO DE TRABAJO

PROFESION

CARGO QUE TIENE EN LA INSTITUCION

CUAL ES EL ROL QUE DESEMPEÑA EN LA INSTITUCION

CUALES SON LAS EXPECTATIVAS EN LA INSTITUCION

HA RECIBIDO CAPACITACIONES DENTRO DE LA INSTITUCION

SI NO AVECES

SOBRE QUE TEMAS?-----

USTED A IMPARTIDO SUS CONOCIMIENTOS AL RESTO DEL PERSONAL?

SI NO AVECES

SOBRE QUE TEMAS? -----

LLEVA USTED UN REGISTRO PROPIO REFERENTE A SU CARGO DE CADA USUARIO?

SI NO AVECES

QUE TIPO DE REGISTRO?

DE ACUERDO A SU OPINION QUE CRE QUE NECESITA LA INSTITUCION?

INFRAESTRUCTURA -----

INSUMOS -----

OTROS-----

COMO CONTRIBUYE USTED AL BIENESTAR DEL USUARIO?

EN EL AREA DE SALUD

EN EL AREA DE NUTRICION

.....
EN EL AREA DE MEDICACION

.....
EN EL AREA DE HIGIENE Y ASEO DE USUARIO E INSTITUCION?

.....
EN EL AREA DE RECREACION.

.....
EN OTRAS AREAS. -----

USTED COMO TRABAJADOR DE LA INSTITUCION CUENTA CON TODOS LOS RECURSOS PARA REALIZAR SU TRABAJO?

SI NO AVECES

PORQUE?-----

REALIZAN ALGUN TIPO DE EVALUACION?

SI NO

LA EVALUACION LA REALIZAN

MENSUAL TRIMESTRAL ANUAL

OTRA FORMA.....

QUIEN LA REALIZA -----

EL AMBIENTE DE TRABAJO CON SUS COMPAÑEROS ES ¿

BUENO -----
REGULAR -----
MALO -----

PORQUÉ?-----

PERSONA RESPONSABLE

PERSONA ENCUESTADA

ANEXO 2 ENCUESTA A FAMILIAS

ESTE INSTRUMENTO ES UN APORTE VALIOSO PARA LA REALIZACION DE UN MODELO DE ATENCION PARA SUS FAMILIARES QUE SE ENCUENTRAN EN EL ASILO, LE AGRADECEMOS QUE TODAS LAS RESPUESTAS SEAN FIDELIGNAS YA QUE DE ESTO DEPENDE EL ÉXITO DEL MODELO EN BENEFICIO DEL USUARIO.

NOMBRE

EDAD -----

SEXO -----

OCUPACION -----

INSTRUCCIÓN -----

NUMERO DE HIJOS DEL USUARIO -----

MOTIVO POR EL CUAL ESTA SU FAMILIAR EN EL ASILO
ECONOMICA

PSICOLOGICA

FISICO

OTROS -----

CUANTAS VECES A LA SEMANA REALIZA LA VISITA AL USUARIO

1

2

3

MAS

CUAL ES EL APORTE QUE USTED DA A SU FAMILIAR DEL ASILO

ECONOMICO----- BIENES ----- SERVICIOS -----

EMOCIONAL-----

OTROS -----

HA RECIBIDO ALGUNA CAPACITACION DE PARTE DEL PERSONAL DEL ACILO

SI

NO

AVECES

SOBRE QUE TEMAS-----

USTED ESTARÍA EN CONDICIONES DE CUIDAR A SU FAMILIAR PREVIO A
CAPACITACIONES CONSTANTES VISITAS DOMICILIARIAS?

SI

NO

PORQUE-----

CUANDO HAY QUE TOMAR UNA DECISIÓN SOBRE EL USUARIO QUIEN LA TOMA

EL USUARIO
EL RESPONSABLE DE EL USUARIO

LA FAMILIA DEL USUARIO.

SU FAMILIAR LE HA COMENTADO COMO LE TRATAN EN EL ASILO?

BIEN REGULAR MAL

DE ACUERDO A SU OPINION QUE CREE QUE LE HACE FALTA A LA INSTITUCION?

MEJORAR LA INFRAESTRUCTURA -----
AUMENTAR ESPACIOS VERDES -----
ADQUISICION DE EQUIPOS -----
PERSONAL CAPACITADO -----
OTROS-----

FIRMA DEL RESPONSABLE

FIRMA DEL ENCUESTADO

ANEXO 3 ENCUESTA PARA PERSONAL DE ASILO

EDAD

SEXO M F

INSTRUCCIÓN

OCUPACION

TITULOS QUE HA OBTENIDO

TIEMPO DE TRABAJO

PROFESION

CARGO QUE TIENE EN LA INSTITUCION

CUAL ES EL ROL QUE DESEMPEÑA EN LA INSTITUCION

CUALES SON LAS EXPECTATIVAS EN LA INSTITUCION

HA RECIBIDO CAPACITACIONES DENTRO DE LA INSTITUCION

SI NO AVECES

SOBRE QUE TEMAS?-----

USTED A IMPARTIDO SUS CONOCIMIENTOS AL RESTO DEL PERSONAL?

SI NO AVECES

SOBRE QUE TEMAS.?-----

LLEVA USTED UN REGISTRO PROPIO REFERENTE A SU CARGO DE CADA USUSRIO?

SI NO AVECES

QUE TIPO DE REGISTRO?

DE ACUERDO A SU OPINION QUE CRE QUE NECESITA LA INSTITUCION?

INFRAESTRUCTURA -----

INSUMOS -----

OTROS.....

**COMO CONTRIBUYE USTED AL BIENESTAR DEL USUARIO?
EN EL AREA DE SALUD**

EN EL AREA DE NUTRICION

.....
EN EL AREA DE MEDICACION

.....
EN EL AREA DE HIGIENE Y ASEO DE USUARIO E INSTITUCION?

.....
EN EL AREA DE RECREACION.

.....
EN OTRAS AREAS. -----

USTED COMO TRABAJADOR DE LA INSTITUCION CUENTA CON TODOS LOS
RECURSOS PARA REALIZAR SU TRABAJO?

SI

NO

AVECES

PORQUE?-----

REALIZAN ALGUN TIPO DE EVALUACION?

SI

NO

LA EVALUACION LA REALIZAN

MENSUAL

TRIMESTRAL

ANUAL

OTRA FORMA.....

QUIEN LA REALIZA -----

EL AMBIENTE DE TRABAJO CON SUS COMPAÑEROS ES ¿

BUENO -----

REGULAR -----

MALO -----

PORQUÉ?-----

PERSONA RESPONSABLE

PERSONA ENCUESTADA

ANEXO 4 ENCUESTA PARA LAS INSTITUCIONES

DIAGNÓSTICO

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

DIRECCION

PERSONA RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO

CARGO QUE DESEMPEÑA.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

PROFESION

CUALES LA COBERTURA DE USUARIOS EN EL ASILO

Usuarios N°

SEXO FEMENINO

SEXO MASCULINO

INFRAESTRUCTURA DE LA INSTITUCION

SERVICIOS BASICOS QUE DISPONE

AGUA

LUZ

ALCANTARILLADO

TELEFONO

SANITARIOS N° -----

PERSONALES -----

MULTIPERSONALES -----

DUCHAS N° -----

PERSONALES -----

MULTIPERSONALES -----

NUMERO DE DORMITORIOS

UNIPERSONAL	
BIPERSONAL	
MULTIPERSONAL	

LA INSTITUCION DISPONE DE:

SI

NO

PISOS Y PAREDES LAVABLES		
LUGAR PARA UTILERIA DE ASEO		
LUGAR PARA RECEPCION Y ALMASENAMIENTO DE ROPA SUCIA		
LUGAR PARA CLASIFICAR Y GUARDAR LA ROPA LIMPIA		
SALA DE VISITAS O USO MULTIPLE		
GUARDAROPA INDIVIDUAL		
VELADOR CON CADA CAMA		

LA INSTITUCION DISPONE DE:
UN CUARTO PRIVADO PARA CONSULTORIO

SI

NO

EL CONSULTORIO DISPONE DE EQUIPAMIENTO MEDICO BASICO COMO:

	ESTADO			
	Nro	BUENO	REGULAR	MALO
ESFIGNOMANOMETRO				
ESTETOSCOPIO				
TERMOMETRO				
BOTIQUIN DE PRIMEROS A.				
BALANZA				
CAMILLA				
ESCRITORIO.				

LA INSTITUCION CUENTA CON SISTEMAS DE SEGURIDAD COMO:

SI

NO

VARANDILLAS EN CORREDORES		
VARANDILLAS EN DUCHAS		
VARANDILLAS EN BANOS		
SUPERFICIE ANTIDESLIZANTE		
ALARMAS DE FUEGO		
VIGILANCIA PERMANENTE		
BUENA ACCESIBILIDAD A LOS ENTORNOS		
BUENAS SEÑALES DE INFORMACION PARA ORIENTACION PERSONAL		
BUENA ILUMINACION		
BUENA VENTILACION		
PLAN DE EVACUACION DE EMERGENCIA		
UN TIMBRE POR CAMA		

PERSONAL BASICO DE ATENCION

Nro de Personas

MEDICO	
ENFERMERA	
TERAPISTA	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	
NUTRICIONISTA	
PSICOLOGO	
APOYO ESPIRITUAL	

AUXILIARES DE SERVICIOS:

Nro

COSINA	
LIMPIEZA	
MANSAJERIA	

OTROS	
-------	--

TIENEN MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA LA ATENCION A LOS USUARIOS?

SI NO A VECES

COMO SE PROVEEN DE MEDICINAS Y VESTIMENTA NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN A LOS ANCIANOS?

INSUMOS	AUTOGESTION	DONACION	ADQUISICION
MEDICACION			
VESTIMENTA			

TIPO DE CAMAS DE QUE DISPONE?

TIPO DE CAMA	Nro	ESTADO		
		BUENA	REGULAR	MALA
MADERA TIPO HOGAR				
NORMAL HOSPITALARIA				
ORTOPEDICA				
CIRCULAR				

EL MATERIAL DE LENCERIA CON QUE CUENTA LA INSTITUCION ES:

LENCERIA	SUFICIENTE	INSUFICIENTE
SABANAS		
MEDIASABANAS		
IMPERMEABLES		
COBIJAS		
CUBRECAMAS		
TOALLAS		
PIJAMAS		

DISPOSICION DE MUEBLES Y ENSERES DOMESTICOS

ENSERES	Nº
COCINA DOMESTICA	
COCINA INDUSTRIAL	
REFRIGERADORA	
LICUADORA	
AUXILIAR DE COCINA	
LAVADORA	
SECADORA	
PLANCHA	

EL MENAJE CON QUE CUENTA LA INSTITUCION ES :

MENAJE	NUMERO	BUENO	REGULAR	MALO
PLATOS				
TAZAS				
VASOS				
CUCHARAS				

LA INSTITUCION CUENTA CON RECURSOS ORTOPEDICOS DE APOYO COMO:

	Nro
BOYAS	-----
VIDETS	-----
PATOS	-----
SILLA DE RUEDAS	-----
VASTONES	-----
CAMINADORAS	-----
OTROS	-----

INSTITUCIONES QUE APORTAN O AYUDAN A LOS ASILOS INDIQUE EL PROMEDIO DEL MONTO

	APOYO ECONOMICO	INMUEBLES	OTROS
PERSONAS NATURALES			
APOYO ECONOMICO			
INMUEBLES OTROS			
PERSONAS JURIDICAS			
INSTITUCIONES PUBLICAS			
INSTITUCIONES PRIVADAS			
ONG.			

HA REALIZADO ALGUN TIPO DE CONVENIO CON:

SI NO

INSTITUCIONES CULTURALES		
INSTITUCIONES EDUCATIVAS		
HOSPITALES		
FABRICAS		
EMPRESAS		
OTROS		

LA INSTITUCION CUENTA CON REGISTRO QUE CORRESPONDA A CADA USUARIO COMO

HCL. EXPEDIENTE FICHA OTROS

LA INSTITUCION CUENTA CON

ESTATUTOS SI ----- NO -----
 REGLAMENTOS SI----- NO ----- TIPO -----

EN LA INSTITUCION EXISTEN PROGRAMAS DE CAPACITACION

SI NO

DIRIGIDOS A:

PROG. PERSONALES PROG.PROFESIONALES PROG.AUXILIARES

PROG. USUARIOS PROGRAMAS PARA FAMILIARES DE USUARIO

CUALES-----

ANEXO 5 PROTOCOLOS DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR

Promoción de la salud

Entendida como las personas o poblaciones controlan y manejan los factores nocivos para la salud, mediante la práctica del auto cuidado que contribuye a mantener la independencia y autonomía del adulto mayor para mejorar su calidad de vida.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<ul style="list-style-type: none"> - Captación e inscripción de los adultos mayores de su área de influencia. - Creación de espacios de reflexión y recreación en la construcción de conocimiento en base a intercambio de saberes y cosmovisión. - Propiciar y ejecutar en la Asistencia Continua y Progresiva, actividades de promoción de la salud. - Elaboración de un plan de trabajo conjunto entre el personal y los adultos mayores inscritos y organizados. - Contenidos: <ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento activo. • Ejercicio físico sistemático y controlado sin llegar a la fatiga. • Promover acciones contra riesgos potenciales en el hogar y en los lugares públicos. • Alimentación hipocalórica, fraccionada y rica en fibra. • Fomentar hábitos saludables evitando el alcoholismo, tabaquismo, y automedicación. • Retardar la aparición de enfermedades no transmisibles que lo lleven a la dependencia. • Combatir la soledad. • Conformar redes de apoyo formales e informales. • Desarrollar temas de acuerdo a las necesidades de los adultos mayores. • Estimular la participación comunitaria en pro del adulto mayor y sus derechos. 	Equipo de salud, Equipo interdisciplinario	Continua	Programación anual	X	X	X

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010.

Independencia y autonomía

Actividades orientadas a mantener la funcionalidad física y autonomía mental del adulto mayor, para mejorar su calidad de vida y obtener una longevidad "sana".				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación e inscripción de los adultos mayores de su área de influencia. - Realización del Censo de adultos mayores de su área. - Reuniones de información y capacitación en relación al proceso de envejecimiento natural individual y poblacional. - Actividades grupales sociales, de acuerdo a necesidades y condiciones de las personas adultas mayores. 	Equipo interdisciplinario	continua	Según programación anual (30 minutos cada reunión grupal e individual)	X	X	X

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/74570606/Normas-y-Protocolos-Adulto-Mayor>

Auto cuidado y estilos de vida saludable

Es manejar y controlar los factores nocivos para la salud, comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para mantener y / o recuperar la salud si lo ha perdido; implica asumir y poner en práctica estilos de vida saludables para prevenir complicaciones que le lleven a la discapacidad.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar y ejecutar en la Asistencia Continua y Progresiva, actividades de promoción de la salud que incluyan: • Responsabilidad de su cuidado. • Autocuidado de los sentidos. • Autocuidado de la piel y anexos. • Autocuidado de la cavidad bucal. • Autocuidado gastrointestinal. • Autocuidado nutricional. • Autocuidado de genitourinario. • Autocuidado en el sueño. • Autocuidado en la sexualidad. • Autocuidado cardiorespiratorio. • Autocuidado en el sistema nervioso • Autocuidado musculoesquelético. • - Fomentar hábitos saludables evitando el alcoholismo, tabaquismo y automedicación. 	Equipo interdisciplinario	Continua	Según programación anual (30 minutos cada reunión grupal e individual)	X	X	X

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/74570606/Normas-y-Protocolos-Adulto-Mayor>

Seguridad y ambientes saludables

La seguridad en el adulto mayor promueve la protección integral, donde la dignidad es una de los elementos esenciales, se desarrollará actividades orientadas a mantener ambientes de bienestar social, económico y psicológico.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
- Promover acciones contra riesgos potenciales en el hogar y en los lugares públicos. - Fomentar estrategias para declarar las "Ciudades Amigas del Adulto Mayor".	Equipo inter-disciplinario	Continua	Según programación anual (30 minutos cada reunión grupal e individual)	X	X	X

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010.

Participación

Conjunto de instituciones y/o personas que trabajan por objetivos comunes, en estrecha coordinación y correlación dentro del marco asistencial continuo y progresivo.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
- Reuniones de Motivación y Capacitación acerca de: 1. Redes Sociales de apoyo del adulto mayor 2. Red Social Primaria: familia, amigos, vecinos. 3. Red comunitaria 4. redes institucionales: MSP, MIES, y otras. - Conformación de redes de apoyo formal e informal. Tipos de apoyo: a. Materiales: dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios. b. Instrumentales: Cuidado, transporte, labores del hogar c. Emocionales: afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha d. Cognitivos: intercambio de experiencias, información, consejos.	Equipo inter-disciplinario	continua	Según programación anual (30 minutos cada reunión grupal e individual)	X	X	X

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010.

Dependencia funcional

Estado en el cual se ha perdido la capacidad física necesaria para llevar a cabo todas las actividades que exige la vida diaria. Se manifiesta con la disminución de la movilidad, como consecuencia de una serie de enfermedades incapacitantes, agravadas en el adulto mayor por la debilidad muscular y la rigidez de las articulaciones entre otras causas externas – accidentales. Con la valoración geriátrica Integral aplicada oportunamente, como una actividad preventiva, que permite identificar factores de riesgo, evitar complicaciones, que le lleven a la dependencia funcional.				Nivel		
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
Medidas generales preventivas: <ul style="list-style-type: none"> - Mantenerse activo guardando límites de seguridad. - Conservar y mantener la forma física, elasticidad, coordinación y equilibrio. - Planificar a diario un plan rutinario de ejercicios, en casa o centro dirigido. - Tratar de hacer por sí mismo el mayor número posible de cosas. - Conservar la actitud y capacidad para luchar contra la adversidad. - Utilice utensilios, verdaderamente los que necesita, no dependa 100% de ellos. - Silla de ruedas. Debe considerarse como último recurso (prescrita por médico). 	Médico, Enfermera, Equipo multidisciplinario	Continua	Programación anual	X	X	X

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010.

Inmunizaciones

Actividad de prevención de alta sensibilidad, para las dos patologías en este grupo poblacional.				Nivel		
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<ul style="list-style-type: none"> - Vacuna contra la influenza estacional. Vía IM, 1 dosis de 0,5ml. - Vacuna contra neumococo polisacárido. Vía IM. 1 dosis de 0,5ml. 	Personal de enfermería, Equipo de salud	Solo campañas anuales Cada 5 años Primer contacto	5 minutos	X	X	X

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010.

Caídas

Evento involuntario o accidental que precipita a la persona a un nivel inferior o al suelo. Puede provocar lesiones traumáticas de distinta magnitud, desde lesiones leves hasta muy severas. En los adultos mayores constituye un marcador de fragilidad, desencadenante hacia inmovilidad, deterioro, dependencia y muerte.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
Generales de prevención: <ul style="list-style-type: none"> • Valoración clínica de laboratorio • Actividades básicas de la vida diaria • Actividades instrumentales de la vida diaria • Indicar intervenciones preventivas específicas según resultados de la valoración funcional. • Mejorar la seguridad del entorno del lugar • Utilización de aparatos auxiliares de la marcha. • Utilización de zapatos bajos y cómodos • Visita domiciliaria equipo EBAS • Involucramiento a la familia o cuidador. • Cita programada para valoración geriátrica integral: • Valoración nutricional • Valoración funcional • Valoración psíquica • Valoración social 	Médico, enfermera, equipo interdisciplinario	Continua	30 minutos	X		
Recuperación <ul style="list-style-type: none"> • Atención motivo de consulta • Valoración clínica y de laboratorio • Valoración funcional • Estabilizar signos vitales • Aliviar el dolor 						

<ul style="list-style-type: none"> • Estabilización de ser necesario • Evaluar los psicofármacos • Disminuir en lo posible medicamentos y dosis • Indicar ejercicios de fortalecimiento, equilibrio y/o rehabilitación • Evitar en lo posible el uso de la silla de ruedas • Referencia a especialistas • Referencia a segundo nivel en caso de fractura • Seguimiento, rehabilitación y control • Referencia al equipo EBAS 						
---	--	--	--	--	--	--

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010.

Depresión

Es una enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotricidad de las personas. Puede presentarse como tristeza exagerada unida con pesimismo.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
Generales de prevención: - Valoración clínica y laboratorio. - Identificar causas. - No dejar solo al paciente. - Revisar medicación que está tomando - Evaluación neuropsicológica. Escala de depresión geriátrica Yasavage modificada. Probable depresión leve- moderada - Asesoramiento psicosocial al paciente individual familia y/o						

<p>cuidador.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientado a la resolución de los problemas sociales y familiares frecuentes. - Involucramiento en grupos de apoyo social formales e informales. - Seguimiento para controlar la evolución en cuatro semanas. - Actitud positiva de la vida. - Buscar y aceptar oportunidades y experiencias nuevas y disfrútelas. - Referencia al nivel superior si el caso amerita. - Inscribir al adulto mayor al programa - Cita programada para valoración geriátrica integral: <p>Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social.</p> <p>Depresión grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración Clínica - Evaluación neuropsicológica. Escala de depresión geriátrica Yasavage modificada. - Asesoramiento psicosocial involucrando a la familia y/o cuidador. <p>Control de medicamentos que está tomando. Referencia a especialista nivel superior</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control y seguimiento. 	<p>Médico, Enfermera y Equipo de salud</p>	<p>Por demanda</p>	<p>30 minutos</p>	<p>X</p>		
--	--	--------------------	-------------------	----------	--	--

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010.

Incapacidad de moverse

Se define como cualquier trastorno de la locomoción capaz de afectar la realización de distintas actividades de la vida diaria, por deterioro de las funciones motoras, y que puede en algunos casos llegar hasta la inmovilidad.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
Generales de prevención - Valoración clínica. - Valoración de la marcha. - Identificar y tratar las enfermedades concomitantes. - Prevenir complicaciones asociadas a la inmovilidad. Cita programada para valoración geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. Recuperación Valoración Clínica y Laboratorio. - Motivación y apoyo psicológico al paciente, familia y/o cuidadores. - Elaborar un plan de ejercicios controlados, progresivos sin llegar a la fatiga. - Recomendaciones del ambiente físico, estructural en el domicilio. - Uso de medios de seguridad, barandales, agarraderas, sillas para bañarse, adaptación de inodoros. - Evitar posiciones viciosas. - En casos específicos referencia al nivel superior.	Médico, Enfermera y Equipo de salud	Al ingreso y seguimiento	30 minutos	X		

utos

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010.

Incontinencia urinaria

Es la incapacidad para controlar la micción. Puede variar desde una fuga ocasional hasta la incapacidad total para retener cualquier cantidad de orina.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
Generales de prevención - Valoración clínica. - Evitar hacer esfuerzo físico. - Limitar la ingesta de líquidos a 1.5 litros. - No tomar más líquidos después de las 20:00 horas. - Fisioterapia - Identificar el tipo y las causas de la incontinencia y tratar las enfermedades concomitantes. - Motivación y apoyo psicológico al paciente, familia y / o cuidadores. - Modificaciones en el hogar para el desplazamiento del paciente en el uso de orinales cómodos. - Cita programada para valoración geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. Recuperación - Ejercicio para el piso pélvico (Kegel). - Uso de pañales desechables. - Higiene personal por razones necesarias. - Tratamiento farmacológico en vaginitis atrófica. - Cita control e inscripción en el programa.	Médico, Enfermera y Equipo de salud	Por demanda	30 minutos	X		
- Seguimiento a domicilio. - Referencia al nivel superior de acuerdo al caso.						

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010.

Disfunción sexual

<p>Se define como cualquier problema del comportamiento sexual que hace a la expresión sexual insatisfactoria para el individuo. No debe considerarse una consecuencia del envejecimiento, sino una entidad clínica cuyo origen debe ser estudiado. Se catalogará como primaria si el problema se evidencia al comienzo de la vida sexual, y secundaria si ello ocurre en el curso de la vida sexual. Es la disfunción sexual secundaria la que afecta al paciente anciano, siendo generalmente resultado de una enfermedad concomitante y, en muchos casos, es ocasional que ocurre en menos del 50% de los encuentros sexuales.</p>				NIVEL		
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración Clínica y de Laboratorio. - Valoración Psíquica. - Evaluación Cognitiva (MMSE) Modificado - Escala de Pfeiffer. - Intervenciones preventivas específicas de acuerdo a los resultados. - Informar los cambios normales que ocurren en el envejecimiento tanto en hombres como en mujeres. - Utilizar técnicas para tratar problemas asociados con el orgasmo y los trastornos de excitación sexual. - Hábitos saludables: adecuada alimentación, -Práctica de ejercicios físicos y reducción o disminución de alcohol y tabaco. - Seguimiento y control. <p>Cita programada para Valoración geriátrica Integral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración Social. - Valoración Nutricional. - Valoración Funcional. 	Médico, Enfermera y Equipo de salud	Por demanda	30 minutos	X		

<ul style="list-style-type: none"> - Abordarse el problema y tratarse en lo posible en pareja, aplicando el sentido común. - Mejoría de la autoestima. - Visita domiciliaria. <p>Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención motivo de consulta. - Valoración Clínica y de Laboratorio. - Valoración Psíquica. - Evaluación Cognitiva (MMSE) Modificado - Escala de Pfeiffer. - Valoración Social. 						
---	--	--	--	--	--	--

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010.

Hipertensión

Se define por la presencia de los valores de la presión arterial superiores a la normalidad de manera persistente. Considerando que la presión normal es de 120/80 mm de Hg, cifras iguales o mayores de 140/90 se considera hipertensión arterial.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de laboratorio <p>Medida correcta de la Presión Arterial: El paciente debe estar sentado y quieto en una silla, durante 5 minutos con los pies en el suelo y el brazo a la altura del corazón. El tamaño del brazalete debe sobrepasar el 80% del grosor del brazo. El borde inferior del manguito debe quedar a 2cm por arriba de la flexura del codo, el estetoscopio nunca debajo del manguito.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medidas de auto cuidado. - Consumo de alimentación rica en frutas y vegetales, potasio y calcio. Pocas 						

<p>grasas saturadas y totales durante el día.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducción de sodio en la dieta. No más de 2.4r de sodio o 6g de cloruro sódico al día. - Actividad física: Hacer ejercicio aeróbico regular, como caminar rápido al menos 30 minutos al día durante 3 días a la semana. - Averiguar: cefalea, epistaxis, zumbidos en los oídos. - Chequeo mensual TA. <p>Modificaciones en el estilo de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducción de peso (IMC entre 18,5-24,9Kg/m). - Dieta rica en frutas, vegetales y pocas grasas saturadas. - Reducción de sodio en la dieta. (no más 2,4 gr de sodio o 6g de ClNa) - Evitar el estrés. - Estilos y hábitos de vida saludable. - Disminuir el alcohol, tabaquismo, droga. - Cita programada para valoración geriátrica integral: <ul style="list-style-type: none"> Valoración funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. <p>Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración Clínica y Labora - El objetivo primario de la te <p>Diastólica a menos de 140/9</p> <p>Recuperación</p> <p>Tratamiento Farmacológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> Diuréticos tiazidicos. Clortalidona: dosis 12,5 – 25 Hidroclorotiazida: 6,25 a 12, Inhibidores de ECAS. Enala Betabloqueadores: Atenolol 	<p>Médico, Enfermera, equipo de Salud</p>	<p>Por demanda</p>	<p>30 minutos</p>	<p>X</p>		
--	---	--------------------	-------------------	----------	--	--

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010.

Diabetes

Es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia, secundaria a la acción inadecuada y/o secreción deficiente de insulina, con tendencia a desarrollar complicaciones específicas. Analíticamente la podemos conceptuar como presencia de glucemia basal en dos ocasiones mayor a 126 o una glucemia mayor de 200 mg/dl al azar.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de laboratorio. - Medidas de auto cuidado: - Fomento de disciplina alimentaria, dieta balanceada, variada, sobretodo en cantidad moderada, evitando los azúcares simples, ingesta de frutas frescas, verduras y legumbres. - Disminución de la ingesta proteica (0,6g/Kg/día). - Actividad física moderada, caminar en plano durante toda la vida. - Fomentar y enseñar la automedida de la presión arterial en casa, cada tres meses, por la comorbilidad. - Medición del peso, cada 15 días, en la misma balanza, sin ropa. - Examen elemental y microscópico de orina: control de la glucosa, proteínas y cuerpos cetónicos, cuando están en una cantidad mayor de 30 mg/dl, detecta riesgo, se puede hacer también utilizando tirillas reactivas. - Examen de orina al azar con tirillas que cuantifican albúmina, permite reconocer en forma temprana las lecciones renales desde su forma incipiente. - Prueba de control realizar en la primera orina de la mañana, 3 días seguidos, cada 3 meses, 2 pruebas positivas de las 3, confirman la microalbuminuria. - Realizar la prueba en una gota gruesa de sangre, extraída del pulpejo del dedo mediante una punción con una lanceta. - Cesación del hábito de fumar. - Cuidados especiales de los pies en todas las personas , pero con 	Médico, Enfermera y Equipo de Salud	f Por demanda	30 minutos	X		

<p>énfasis en diabéticos confirmados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de zapatos cómodos, limpios, que se ajusten adecuadamente a los pies. - Cortar las uñas en línea recta. - No caminar descalzo. <p>No utilizar químicos remoción de callos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No utilizar ligas. - Diariamente observe los pies buscando ampollas, lastimados o rasguños, revisar la zona entre los dedos. - Lubricar diariamente piernas y pies. - Cita programada para aplicar la valoración geriátrica integral: <p>Valoración funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Referir al paciente cuando se requiera exámenes especializados. <p>Recuperación Qué hacer en la hipoglicemia:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pacientes conscientes - Valorar glucemia durante el episodio y 20 minutos post ingesta. -Administrar carbohidratos simples (20g de glucosa): 2-3 cucharadas de azúcar, 2 o 3 caramelos, 1 vaso de gaseosa no dietética, un vaso de jugo o agua con 2 o 3 cucharadas de azúcar. Luego administrar una porción de carbohidratos complejos 					
--	--	--	--	--	--

<p>-Seguimiento y control de tratamiento establecido (diagnóstico confirmado)</p> <p>- Controles</p> <p>- Referencia al siguiente nivel si el caso amerita</p> <p>- Pacientes inconscientes, con convulsiones.</p> <p>- Transferencia inmediata al segundo nivel.</p> <p>Tratamiento</p> <p>- Extremar el control metabólico.</p> <p>- Examen oftalmológico.</p> <p>- El uso de hipoglicemiantes orales debe ser individualizado.</p> <p>- Glibenclamida 5 a 20mg por vía oral</p>	<p>Médico, Enfermera y Equipo de Salud</p>	<p>Por demanda</p>	<p>30 minutos</p>	<p>X</p>		<p>la insulina debe</p>
---	--	--------------------	-------------------	----------	--	-------------------------

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010.

Osteoporosis

<p>Es una enfermedad sistémica del esqueleto producida por una pérdida de masa ósea y una alteración de la micro arquitectura del tejido óseo que provoca un aumento de la fragilidad del mismo y riesgo de fracturas.</p>				<p>Nivel</p>		
<p>Actividades</p>				<p>I</p>	<p>II</p>	<p>III</p>
<p>Generales de Prevención</p> <p>- Realizar Valoración clínica y de laboratorio.</p> <p>- Ponga énfasis en factores de riesgo mayores en los que se debe tomar en cuenta:</p> <p>- Fractura anterior causada por</p>	<p>Responsable</p>	<p>Frecuencia</p>	<p>Tiempo estipulado</p>			

<p>pequeño trauma. - Sexo femenino. - Baja masa ósea en la densitometría. - Raza blanca o asiática. - Mayor de 65 años en ambos sexos. - Historia familiar de osteoporosis o fractura de cuello de fémur. - Menopausia precoz. - Uso de corticoides. Exámenes: solicitar densitometría ósea de cuello de fémur, columna vertebral y si puede de antebrazo. - Recomendar actividad física. - Actuar sobre el riesgo de caídas. - Cita programada para valoración geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. Recuperación Tratamiento Farmacológico - Utilizar los Bifosfonatos como: - Alendronato: 70mg/semana, vía oral en ayunas y permanecer 30 minutos realizando actividad física (caminar). - Risedronato 35mg cada semana vía oral - Ibandronato 1 tab VO de 150mg cada mes o 1 ampolla de 3mg por vía endovenosa lenta cada tres meses. Presencia de Fractura Transferencia al siguiente nivel.</p>	<p>Médico, Enfermera, Equipo de Salud</p>	<p>Por demanda</p>	<p>30 minutos</p>	<p>X</p>	
---	---	--------------------	-------------------	----------	--

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de Normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010.

Insuficiencia cardíaca

Es un estado resultante de la incapacidad del corazón para mantener un volumen minuto adecuado a las necesidades del organismo. Esta situación se expresa como la falla del corazón como bomba ante el esfuerzo o reposo				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de Laboratorio. Identificar - Si no hay limitaciones al realizar actividad habitual física (clase I). - Limitación ligera a la actividad física, ausentes en reposo (clase II). - limitación notable con actividad física más ligera de lo habitual (clase III). - Incapacidad de realizar actividad física (Clase IV). - Educación en estilos de vida saludables - Autocuidado: control de factores nocivos a la salud. Averiguar: - Cardiopatía de base. - Factores desencadenantes como: arritmias, infarto agudo, miocarditis, endocarditis actividad física, régimen alimenticio inadecuado, infecciones, hipertiroidismo, anemia, exposición al frío o al calor intervenciones quirúrgicas, intoxicación digitalina. <p>Manifestaciones Clínicas</p> <p>Criterios Mayores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disnea paroxística nocturna. - Ingurgitación yugular. - Estertores. - Cardiomegalia. - Edema Agudo de pulmón. - Galope por tercer ruido. - Reflujo hepatoyugular. - Pérdida de peso superior a 4,5Kg con tratamiento. <p>Criterios Menores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema maleolar. - Tos nocturna. - Disnea de esfuerzo. - Hepatomegalia. - Aumento de la presión venosa. 						

<p>Derriame pleural.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taquicardia mayor a 120 latidos por minuto. <p>Para el diagnóstico, es necesario la presencia de al menos dos criterios mayores y uno menor. Los criterios menores son válidos si se excluyen otras causas.</p> <p>Complicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema agudo de pulmón. - Arritmias cardíacas. - Intoxicación digitálica. - Trastornos electrolíticos por terapia diurética. - Cita programada para valoración geriátrica integral: <p>Valoración funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social.</p> <p>Recuperación</p> <p>Tratamiento Farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diuréticos: Furosemida 20 a 80 mg día vía oral o intravenoso, hidroclorotiazida 50 a 125 mg/día vía oral. <p>Asociación de hidroclorotiazida + amilorida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Digitálicos: Digoxina 0.125 a 0.25 mg/día vía oral. - Vasodilatadores: Enalapril 5 a 20 mg día. Aspirineta 100mg día. 	<p>Médico, Enfermera, equipo de Salud</p>	<p>Por demanda</p>	<p>30 minutos</p>	<p>X</p>	
--	---	--------------------	-------------------	----------	--

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de Normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010.

Diarrea y problemas gastrointestinales

La diarrea es una enfermedad que se caracteriza por el aumento en el número de evacuaciones que se realizan diariamente (más de tres) y la consistencia y calidad de las mismas (líquidas). Sin embargo, hay que distinguir que si la persona tiene solamente tres deposiciones y éstas son de consistencia pastosa o semisólida, no deberá considerarse como tal.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de laboratorio Identificar si es: <ul style="list-style-type: none"> - Aguda < a 2 semanas. - Crónica > a 4 semanas. Viral, bacteriana o parasitaria Medicamentosa. Intolerancia alimentaria cuando hay antecedentes de consumo de frutas o granos. - Se debe identificar si el problema es la diarrea, la incontinencia fecal o impactación fecal con incontinencia por rebosamiento. - En intoxicación alimentaria los síntomas inician de 6-12 horas de ingestión. - Por Salmonella, enterocolítica o campilobacter suelen comenzar de 12 a 48 horas - Heces con sangre pensar en ulceración por colitis isquémica o infección por shigella, E.histolítica. - Cita programada para valoración geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. <p>Recuperación</p> <p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el paciente está consciente: - Líquidos vía oral 	Médico, Enfermera y Equipo de Salud	Por demanda	30 minutos	X		

<ul style="list-style-type: none"> - Dieta adecuada - Control de medicamentos que está tomando. - Identificar causas. - Diarrea inespecífica. Loperamida 2-4mg 1 a 4 días Difenoxilato 2,5 a 5mg 4 días Infecciosa Ciprofloxacina 500mg 1cap VO c/12 horas por 5 días. Trimetropin sulfa 160/800 mg sulfametoxasol 1tab VO c/ 12h por 5 días. Metronidazol 500mg VO TID por 10 a 14 días. - Referencia si se presenta complicaciones. - Control y seguimiento. 						
---	--	--	--	--	--	--

Fuente: MSP, Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Dirección de Normalización del SNS, Quito- Ecuador 2010.

GUIA DE CUIDADOS BASICOS PARA EL ADULTO MAYOR

PUNTOS DE INTERÉS ESPECIAL:

- ◆ ¿Qué pasa cuando envejecemos?
- ◆ ¿Cómo hacer el cambio de ropa de cama sin necesidad de levantar a la persona mayor?
- ◆ ¿Cómo debe usted alimentar a una persona mayor impedida de hacerlo por sí misma?
- ◆ ¿Cómo bañar a una persona mayor que se encuentra en cama?
- ◆ ¿Cómo prevenir escaras?

CONTENIDO :

CONDICIONES AMBIENTALES	1
ALIMENTACION Y NUTRICION	2
HIGIENE	3
MOVILIDAD	4
CUIDADO DE PIEL	5
ACTIVIDAD FISICA	6
ACTIVIDADES MENTALES	7
ENFERMEDADES QUE CREAN DEPENDENCIA	8
SINDROME DE CUIDADOR	9



LCDA
MARGARITA CERON



PRESENTACION

En nuestra sociedad se está viviendo un proceso de instalación conceptual y practica referido a la vejez y al envejecimiento en el que, con creciente frecuencia se habla de la necesidad de modificar los patrones de vida que incida en una vejes activa, y una mejor calidad de vida.

En este sentido, de acuerdo a las necesidades y el planteamiento de una solución práctica sencilla y de fácil aprendizaje se ha realizado esta guía, cuyo propósito es prepararnos mejor, como sociedad, para vincularnos con quienes requieran de un mayor apoyo y cuidado por parte de otras personas, especialmente cuando ese nivel de dependencia es alto, así como reconocer el rol del cuidador como parte fundamental del quehacer asociado al cuidado de los adultos mayores dependientes. Espero que se convierta en una herramienta de apoyo para conocer más sobre el proceso de envejecimiento, siempre con el objetivo de avanzar hacia mejores condiciones de vida de los adultos y adultas mayores de nuestra sociedad.

LCDA MARGARITA CERÓN

PROLOGO

Esta guía, se ha realizado con ayuda de algunas personas que conforman el equipo multidisciplinario, revisión de bibliografías afines, sometiéndose a los cuidados de enfermería y protocolos del MSP.

Luego de haber realizado un estudio en los asilos, en la cual se contacto la realidad y la necesidad de contar con un instrumento práctico y de rápida ayuda, para conocimiento del usuario, cuidador y familia.

Mi motivación personal para realizar este trabajo, la atribuyo también a mi experiencia como enfermera de cuidado directo, especialmente hacia los adultos mayores, y en muchos de los casos en sus fases terminales, creando en mi una imposibilidad de haber podido prevenir muchas de las complicaciones impartiendo a tiempo el conocimiento adecuado para cada una de las facetas del adulto mayor, especialmente en la fase aguda. Por ellos, les invito a motivarse para desarrollar muchas más estrategias de salud, de la mano de un crecimiento social, educativo, recreativo, cultural, sociopolítico, y también arquitectónico, que permita el acceso a llenar espacios de nuestras personas mayores con un gran liderazgo.

LCDA MARGARITA CERÓN

INDICACIONES PARA EL USO DE LA GUIA

Esta guía práctica contiene instrucciones claras y precisas, que contribuyen a solucionar dificultades concretas frente a los cuidados básicos que requiere una persona mayor que se encuentra temporal o definitivamente en cama o es dependiente.

La presentación de esta guía, facilita su manejo, considerando visiblemente los colores y las imágenes que indican cada tema sobre cuidados básicos, de modo que el usuario no tenga que revisar el texto completo cada vez que lo quiera consultar, sino que vaya al tema que le interesa. Así que se convertiría en una guía de cabecera, que se puede consultar de manera rápida.

LCDA MARGARITA CERÓN

INDICE

PRESENTACIÓN.....	2
PRÓLOGO.....	2
INDICACIONES PARA EL USO DEL MANUAL.....	3
CUIDADOS BÁSICOS PARA LA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE	5
¿Qué pasa cuando envejecemos?.....	5
¿Cómo relacionarse con una persona dependiente?.....	6
CONDICIONES AMBIENTALES	8
¿Cómo hacer el cambio de ropa de cama sin necesidad de levantar a la persona mayor?.....	9
ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	9
¿Cómo debe usted alimentar a una persona mayor impedida de hacerlo por si misma?.....	10
Plan de Alimentación.....	11
HIGIENE.....	13
¿Cómo ayudar a una persona mayor dependiente a usar la chata en la cama?	13
¿Cómo debe limpiar a una persona mayor después de usar la chata en la cama?.....	14
¿Cómo cambiar de ropa a una persona mayor dependiente?.....	18
MOVILIDAD Y TRASLADO	19
¿Cómo ayudar a levantarse a una persona mayor que no puede hacerlo por si misma.....	19
CUIDADO DE LA PIEL	20
¿Cómo prevenir escaras?.....	20
ACTIVIDAD FÍSICA.....	21
Ejercicios Respiratorios	22
ACTIVIDADES MENTALES Y ESTADOS DE ÁNIMO	23
¿Cómo reconocer si una persona mayor dependiente se muestra deprimida?	24
¿Cómo puede el cuidador ayudar a la persona mayor que se encuentra deprimida?	25
ENFERMEDADES QUE PUEDEN FAVORECER LA DEPENDENCIA	25
¿Qué es el Alzheimer?	25
Las Etapas de la Enfermedad de Alzheimer	25
Cuidados Básicos	26
¿Qué es la Hipertensión Arterial?	28

¿Qué pasa cuando la presión arterial esta elevada?.....	28
Factores de Riesgo.....	29
¿Cómo controlar la presión arterial?.....	30
¿Qué es un Accidente Cerebro vascular?	32
Los síntomas.....	32
¿Qué es la Osteoporosis?	33
¿Cuál es su causa?	33
¿Por qué aparece esta enfermedad?	33
¿Cómo tratarla?	34
USTED TAMBIÉN DEBE CUIDARSE: EL SD DEL CUIDADOR(A).....	35
¿Cómo identificarlo?	36
¿Qué hacer con los propios sentimientos?	36
Consejos para su autocuidado	37
Ejercicios para el cuidador(a)	38
Bibliografía.....	40

CUIDADOS BÁSICOS PARA LA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE

Las tareas de cuidado de una persona mayor dependiente requieren de una asistencia oportuna y confiable. El cuidador(a) debe conocer a la persona mayor, su historia, sus gustos, fortalezas y debilidades y tener una visión mucho más clara de sus deseos y necesidades.

Además, debe conocer sus antecedentes médicos relevantes, como la historia de sus enfermedades y los medicamentos que consume.

Hay que recordar que, en el proceso de envejecimiento, los cambios fisiológicos son normales y pueden depender de la forma cómo se vive, desempeñando un papel importante en la salud y longevidad. Sin embargo, existe un deterioro natural tanto del cuerpo como de las capacidades intelectuales.

Las personas mayores no son todas iguales...

La persona mayor se puede clasificar, según su grado de dependencia, en: autovalente, con riesgo y dependiente.

AUTOVALENTE

Es la persona que realiza, sin necesidad de ayuda, las actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse) y se caracteriza por ser independiente y sana física y psíquicamente.

AUTOVALENTE CON RIESGO

Es la persona que se encuentra en una situación de riesgo, condicionada por que sufre algún daño físico y/o psíquico y en algún grado es dependiente, por lo que requiere ayuda para las actividades de la vida diaria.

DEPENDIENTE

Persona muy dañada, con algún daño físico y/o psíquico importante, dependiente absoluto, incapacitado para realizar sus actividades. Necesita de una tercera persona para que lo auxilie.

Es frecuente que las personas mayores presenten enfermedades transitorias o permanentes, que los obligan a permanecer en cama.

Los cuidados adecuados ante esta situación dependerán, por una parte, del enfermo, su estado general y mental, y por otra de los conocimientos y habilidades del cuidador(a). En todo momento, el objetivo último del cuidador(a) es mantener sus capacidades, evitar complicaciones y lograr una buena calidad de vida, con comodidad y afecto.

¿Qué pasa cuando envejecemos?

Existen cambios físicos y biológicos propios y naturales a la vejez. El envejecimiento produce un impacto importante en los órganos

de los sentidos, el sistema nervioso y algunas funciones de la memoria, entre otros.

1.-La vista: los cambios en la visión asociados con el envejecimiento incluyen: disminución de la visión, dificultad para la visión nocturna, deslumbramiento, dificultad para diferenciar algunos colores (especialmente los verdes de los azules).

2.-El oído: las modificaciones en el sentido de la audición incluyen los problemas para distinguir sonidos de alta intensidad y la disminución de la capacidad para escuchar.

3.-El tacto: el cuerpo de la persona mayor se adapta con menor rapidez al frío, por lo que se enfría más fácilmente, y está severamente limitado en actividades que requieren resistencia. La piel se vuelve más pálida y pierde elasticidad, debido a la disminución de la grasa y del tejido que se encuentra bajo la piel. El cabello se vuelve más delgado y su espalda tiende a encorvarse.

4.-Sistema nervioso: el tiempo de respuesta en las personas mayores se alarga, por lo que, en consecuencia, la persona necesitará más tiempo que una joven para procesar la información y producir las respuestas. Esto se refleja también en que tienen un sueño más ligero.

5.-La memoria: se ve afectada, sobre todo la de tipo reciente (ésta consiste en recordar personas, lugares y eventos que han ocurrido recientemente).

En general, todos los sistemas y órganos del cuerpo están más susceptibles a las enfermedades, pero el cambio más serio se produce cuando se afecta el funcionamiento del corazón.

¿CÓMO RELACIONARSE CON UNA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE?

Para brindar mejores cuidados a una persona mayor dependiente, el cuidador(a) debe conocer los factores de riesgo que ésta presenta, como por ejemplo no tener familia, muerte de un conocido, problemas de inmovilidad, cambio en sus patrones de vida en forma repentina, aislamiento social, entre otros. Si Ud. es un familiar, puede acercarse a la persona mayor desde la historia que tienen en común o invitara familiares para que lo visiten



Para esto, Ud. debe:

1.-Llamar a la persona mayor por su nombre. Por ejemplo, Sra .Carmen, don Juan, etc.; no utilice “abuelito” o “viejito”, ya que eso hace que el Adulto Mayor se sienta disminuido.

2.-Favorecer la socialización con otras personas mayor espera evitar el deterioro mental y la depresión, conservando vivo el deseo de vivir y de relacionarse con otros.

3.-Procurar que la persona mayor tenga estimulación por parte de la familia.

4.-Escuchar a la persona mayor y hablar con él, dejando abierta la posibilidad de preguntas y comentarios, en una atmósfera de simpatía y comprensión que genere relajación y confianza.

5.-Tener respeto por la utilidad y valor de la persona mayor.

Busque actividades que pueda realizar y así aportar a las tareas domésticas.

En lo que respecta a la privacidad física y emocional, al derecho a elegir y a la dignidad, existen algunas prácticas que son tan evidentes que muchas veces pasamos por alto:

PRIVACIDAD FÍSICA Y EMOCIONAL

- Aunque la persona mayor dependiente acepte que su cuidador vea su cuerpo, no significa que le guste que los demás lo hagan. Por eso, cierre la puerta cuando le ayude a vestirse o a usar el baño. Sea extremadamente cuidadoso en este proceso. Toque la puerta antes de entrar a su habitación.
- Evite hurgar en sitios que siempre la persona mayor ha considerado privados. Por ejemplo, si se trata de la cartera de una adulta mayor y usted necesita su cédula de identidad, entréguésela para que ella busque y le pase el documento.
- No comente información privada sin su permiso, aunque sea a miembros de la familia.
- Derecho a elegir
- Si el adulto(a) mayor es autovalente con riesgo (es decir, hay actividades que todavía puede realizar solo), puede elegir en los temas que le atañen: qué comer, dónde comer, qué ropa usar, etc. Pero si la libertad de elección fuera riesgosa por alguna enfermedad, tratamiento o porque el adulto(a) mayor tiene problemas mentales, la elección puede darse entre opciones controladas por el cuidador(a).
- ¿Prefiere comer (almorzar) ahora o más tarde? ¿Prefiere el chaleco gris o el verde? Si el adulto(a) mayor insiste en usar la misma ropa todos los días, una alternativa puede ser protegerlo con una toalla o un paño de cocina cuando coma y lavar la ropa en la noche. Encaso de que se niegue a tomar sus medicamentos, o tome decisiones que signifiquen algún peligro

para él o ella, intente llegar a un acuerdo. Por ejemplo, si se puede, déle sus remedios con un alimento que le guste o báñelo cuando sea imprescindible si rechaza el aseo diario. Si piensa que una decisión del adulto(a) mayor es tonta o irrelevante, intente averiguar por qué es importante para él o ella.

Dignidad

Escuche las preocupaciones del adulto(a) mayor a su cuidado. Y en todos los temas que pueda compartir, pida su opinión y exprésele claramente que es importante para usted. De esta forma hará que el adulto(a) mayor participe en tantas decisiones como se pueda

- Inclúyalo en la conversación. No hable como si no estuviera presente, mucho menos si el tema de conversación es el propio adulto(a) mayor. Cuando se dirija a él o ella, hágalo siempre como a un adulto, aún cuando no sepa si lo entiende por completo. A menos que el adulto(a) mayor esté mentalmente incapacitado, siga teniendo la autoridad sobre su vida.
- Aproveche sus habilidades o gustos
- Algunas actividades pueden elevar el sentido de la dignidad y autoestima de la persona dándole un propósito y un significado a su vida.
- Si el cuidador(a) ayuda al adulto(a) mayor a practicar tareas relacionadas con sus habilidades (por ejemplo, escribir, leer, ayudar con pequeñas tareas hogareñas) puede hacer que se sienta mejor. Es necesario observar y ser flexible, para planear otras actividades.
- También hay que tener en cuenta que cualquier tarea que sea, tiene que simplificarse. Demasiadas alternativas pueden confundir al adulto(a) mayor.
- Evite conflictos
- No discuta con el adulto(a) mayor. Fracasar en algo que antes resultaba fácil, puede ser agotador para el cuidador(a), pero doloroso para quien fracasa. Por eso, no le llame la atención porque falla en algo y mantenga la calma.

IMPORTANTE

Si usted atiende a uno o más personas mayores dependientes y/o con permanencia en cama, o bien comparte las tareas con otros cuidadores, organice sus actividades y registre las tareas diarias, tal como se explica a continuación:

1.-Cada persona mayor debe tener un cuaderno personal para registrar, por día y en los horarios respectivos, las actividades que se realicen, como -por ejemplo- los cambios de la ropa de cama, los aseos personales, el lavado de pelo, sesiones de ejercicios, traslados, alimentación, medicamentos que ha ingerido, etc.

2.-Registre durante el día las observaciones que usted considere relevante, por ejemplo "se observa una herida en el talón derecho", "está desanimado", "hoy ha conversado activamente", "hoy tuvo visitas de sus hijos", etc. Si la persona mayor presenta fiebre, vómitos, sangramientos o algún otro signo que esté alterando su salud, consulte con urgencia al médico de contacto.

3.-Haga entrega del cuaderno de registro de la persona mayor al cuidador(a) del siguiente turno y coménteles los puntos más importantes ocurridos en la jornada, así como las cosas pendientes.

4.-Si usted atiende a más de una persona mayor dependiente, identifique los artículos de aseo (como toallas, cepillo de dientes, pijamas, etc.) con los nombres de sus dueños.

5.-Ante cualquier emergencia, tenga a mano el siguiente listado (que comunica con instituciones de ayuda y urgencia médica) y contáctese con los familiares de la persona mayor.

TELEFONOS DE EMERGENCIA	
Emergencia	911
Bomberos	102 -062950000
Cruz Roja	062957274
Policía	101 -062950000
Familiar de Contacto	
Médico Responsable de Contacto	

Cuando llame a una ambulancia, tener a mano datos como:

Nombre completo de la persona mayor dependiente.

Cédula de identidad de la persona mayor y edad.

Describir por qué llama, por ejemplo: caída, inconsciencia, sangramiento, etc., e indicar el horario ocurrido el problema.

Signos y síntomas que presenta, por ejemplo dolor localizado en tal lugar del cuerpo, fiebre, respiración dificultosa, color de la piel que se observa, sangramiento abundante, vómitos, etc

CONDICIONES AMBIENTALES

- Un factor importante del proceso de envejecimiento es la capacidad de adaptación de la persona mayor a las características propias del proceso y al ambiente en que éste tiene lugar. Tener condiciones ambientales adecuadas a las necesidades de la persona mayor dependiente es un factor indispensable para otorgarle suficiente comodidad y seguridad.
- La habitación en que se encuentra la persona mayor dependiente debe ser tranquila, iluminada, aireada y con temperatura agradable.
- Se debe mantener la cama lo más aseada posible y realizar cambios de sábana en forma regular. La persona mayor debe contar con estímulos, especialmente compañía y cariño de sus cuidadores y de su familia. Pregúntele si desea escuchar música o ver la televisión, ya que pueden servir de distracción.
- Desde el momento en que la persona mayor debe permanecer en cama, sea por diferentes causas, pasa a adquirir una importancia vital su bienestar en ella, ya que el buen trato y manejo de asuntos prácticos es determinante en su salud. Por ello, aprender a hacer una cama es fundamental, porque otorgamos salud y bienestar. Cuando la persona mayor está en reposo absoluto, es fundamental conocer la mejor técnica para confeccionar la cama sin necesidad de levantarla.



¿CÓMO HACER EL CAMBIO DE ROPA DE CAMA SIN NECESIDAD DE LEVANTAR A LA PERSONA MAYOR?

Pasos a seguir:

Reúna los materiales para realizar el cambio de ropa de la cama: juego de sábanas, funda, almohada, frazada(s). Cuénteles a la persona mayor lo que va a realizar, ya que lo hace partícipe del procedimiento. Preocúpese de que no exista corriente de aire, cierre ventanas y puertas antes de empezar. Respete ante todo el pudor de la persona mayor, como no dejarlo desnudo por mucho tiempo.

Ubíquese a un lado de la cama y:

1.-Retire cubrecama; si es necesario, retire todos los objetos que se encuentren sobre la cama.

2.-Retire la primera frazada cuidadosamente, para no destapar a la persona mayor (especialmente en los pies). Retire la segunda frazada y así sucesivamente. Sólo deje la última frazada.

3.-Si la persona mayor puede moverse, indíquele que se mueva hacia el extremo opuesto a usted.

4.-Aprovechar de retirar la almohada y dejarlo con un almohadón o cojín.

5.-Doble la sábana superior y la frazada sobre la persona mayor (tapándola);quedando así al descubierto la sábana de abajo

6.-Suelte la sábana de abajo, doblándola hacia el cuerpo de la persona mayor, quedando a la vista el colchón

7.-Aproveche de limpiar este lado de la cama de migas y/o objetos

8.-Comience a armar la cama con sábanas limpias, sólo de este lado, empezando por la sábana inferior, la superior, una frazada y la funda de la almohada.

9.-Pídale a la persona mayor moverse hacia el lado donde se encontraba usted.

Si no puede movilizarse, ayúdelo a desplazarse con una mano por la espalda y la otra tomando las piernas. Sea cuidadoso y delicado.



Una vez instalada la persona mayor en el lado limpio y ordenado, puede trasladarse usted al lado opuesto de la cama

1.-Doble la sábana superior y frazada sobre la persona mayor.

3.-Retire las dos sábanas sucias, cuidadosamente, limpiando el colchón de migas u objetos sueltos.

4.-Termine de instalar la base de la cama de ese lado, ordenando la sábana superior y frazada sobre la base ya hecha.

5.-Ayude a la persona mayor a trasladarse hacia el medio de la cama, colocándole la almohada.

6.-Fijar bajo el colchón la sábana superior y luego la(s) frazada(s).

7.-Coloque la cubrecama y ordene la cama.

8.-Si es necesario vaya hacia el otro lado y termine de ordenar la cama.



ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

La hora de la comida suele ser uno de los agrados de la persona mayor.

El consumo de comidas saludables y balanceadas es importante, especialmente en las personas que están recuperándose de una enfermedad. Cuando una persona tiene que comer en la cama, la hora de las comidas y la cantidad de alimentos puede variar. Es posible que sus comidas sean más pequeñas pero más frecuentes.



Probablemente, sus comidas sean a la misma hora debido a los horarios de ciertas medicinas. Puede ser que la última comida deba hacerse temprano en la noche para que pueda dormir bien. Ciertas enfermedades requieren de una dieta especial; no descuide este aspecto y consulte con el médico de cabecera.

Algunas personas son incapaces de alimentarse por sí mismas. Otras son capaces de hacerlo, pero necesitan ayuda para manejar ciertos cubiertos o utensilios. A continuación, se presenta el procedimiento para poder alimentar de mejor forma a un adulto(a) mayor que no puede hacerlo por sí mismo.

¿Cómo debe usted alimentar a una persona mayor incapaz de hacerlo por sí misma?

Los pasos siguientes le enseñarán a alimentar tanto a una persona en cama como a una que pueda sentarse en una silla.

- Ayúdele a sentarse en una posición cómoda. Si es permitido por el médico de cabecera, ayúdele a sentarse en una silla o levante la cabecera de la cama. Coloque almohadas detrás de la espalda para ayudarle a sentarse en la cama o para evitar que se mueva.
- Ayúdele a lavar sus manos, si es que no puede hacerlo por sí mismo(a).
- La alimentación debe ser suficiente y balanceada; si parece insuficiente, puede complementarse con vitaminas. Si el médico de cabecera lo permite, la dieta debiera incluir bastante fruta y verdura, que aportan fibra y, junto al líquido (preferentemente agua), evitan la estitiquez y las infecciones urinarias.
- Siéntese en una silla cerca de la cama para que la persona pueda verlo u oírlo. Háblele de la comida que le está dando.
- Si la persona ha padecido un ataque cerebral, coloque la cuchara en el lado de la boca que tiene sensibilidad. Asegúresele que la comida no se va ni se queda en el lado insensible de la boca.
- Coloque la comida sólida en la punta de la cuchara. Debe darle bocados pequeños.
- Si la persona tiende a atorarse, debe darle agua u otros líquidos usando una cuchara. Esto le ayuda a pasar los alimentos.



- No apure a la persona mayor. Espere entre bocado y bocado y observe la garganta para asegurarse que la comida ha sido tragada.
- Pregúntele si está lista para recibir más comida.
- Límpiela la boca tantas veces como sea necesario.
- Algunas personas no sienten deseos de comer cuando se encuentran enfermas. Los siguientes consejos pueden ayudarle a estimular el apetito:
- Arregle los alimentos en el plato de manera que luzcan apetitosos.
- Haga que el momento de la comida sea agradable.
- Pregúntele si desea oír su música preferida.
- Coordine con un miembro de la familia o con un amigo para que permanezca con la persona durante la comida.
- Ofrézcale entre 5 o 6 comidas pequeñas en lugar de las tres comidas grandes.
- Cuando la persona sienta hambre y no sean las horas de comida, ofrézcale bocadillos nutritivos, como son las frutas o el queso (sólo si le está permitido ingerirlos).
- Si la persona puede caminar, ánimela para que lo haga antes de las comidas.
- Caminar ayuda a estimular el apetito y a digerir los alimentos.

El cuidado de la boca está destinado a prevenir lesiones e infecciones. Debe hacerse un aseo cuidadoso después de cada comida, con un cepillo suave y flexible. El cepillado debe ir de la encía al borde del diente, para arrastrar los restos de alimento. Si está usando prótesis dental, tener cuidado al retirarla

ALIMENTANDO A ALGUIEN QUE NO VE BIEN O ES CIEGO.

Explique a la persona que clase de comida hay en el plato, la apariencia y como ha sido preparado. Siga los pasos mencionados anteriormente, cuando lo necesite.

PLAN DE ALIMENTACIÓN

Con el paso de los años, el organismo cambia y se tiene menos cantidad de grasa. Por eso, una adecuada nutrición es fundamental para mantener la salud en las personas

mayores. La persona mayor necesita menos calorías en su alimentación diaria, sobre todo si se encuentra dependiente; sin embargo, requiere los mismos nutrientes que un adulto valiente.

Muchas personas creen que comer bien es tomar sopas, caldos y no descuidar las horas de las comidas; sin embargo, la alimentación en esta etapa de la vida debe ser diferente. Para saber qué grupos de alimentos se deben consumir, se tiene que hacer una evaluación física y una evaluación nutricional que determine si hay deficiencias específicas de algunos nutrientes.

Una persona mayor que deja la mitad de la comida que se le sirve y dice que ya no le apetece más, está sufriendo de un desorden muy frecuente en la tercera edad, que le hace sentirse satisfecho fácilmente. Por eso, lo ideal es hacer una división de las comidas en más o menos 5 ó 6 ingestas diarias, ya que es mejor pequeños volúmenes pero que sean frecuentes.

Además, hay que tener en cuenta que los implantes dentales, como las prótesis, conllevan algunos inconvenientes para su proceso de alimentación, puesto que muchas veces las cajas les quedan muy flojas y tienen problemas para masticar. En este caso, la consistencia de los alimentos debe cambiar en forma de papilla, sin que se modifique la calidad nutricional de los mismos.

Puede ser que, por estar en cama, la persona mayor empiece a deprimirse, básicamente porque no pueden hacer las cosas solos. Esto puede generar una inapetencia que los llevará rápidamente a la desnutrición. No se trata solamente de dar un plato de comida a la persona mayor; la idea es preocuparse de la persona que lo recibe, ya que en este acto se transmiten seguridad y preocupación.

Es importante vigilar que su alimentación diaria esté compuesta por los distintos grupos de alimentos garantizando así un adecuado equilibrio. Veamos ejemplos de lo que deberían consumir diariamente la persona mayor (consulte con el médico de cabecera si la persona mayor que está a su cargo puede llevar este tipo de dieta):

- Cereales, pan, pastas o papas: el pan está hecho con harina de trigo, vitamina B y hierro; el arroz, fideos, avena, sémola, maíz o mote contienen hidratos de carbono, fibras, proteínas y calorías; las papas aportan vitamina C.
- Recomendación diaria: 1 ½ a 2 ½ panes y 1 a 1 ½ tazas de arroz, fideos o sémola cocidos (en sopas, guisos o postres).
- Frutas y verduras: contienen minerales, vitaminas y antioxidantes necesarios para proteger la salud y prevenir enfermedades cardiovasculares y el cáncer. También contienen fibra, que favorece la digestión, baja el colesterol y el azúcar en la sangre.

- Recomendaciones diarias: 2 platos de verduras crudas o cocidas y 2 a 3 frutas.
- Lácteos: la leche, el yogur, el queso contienen proteínas de buena calidad y calcio. Las proteínas ayudan a mantener y reparar los órganos y tejidos. El calcio es necesario para los huesos, dientes, músculos, nervios y corazón. Se absorbe mejor con leche y derivados. El calcio es importante para prevenir la Osteoporosis
- Recomendaciones diarias: 2 a 3 tazas de leche, yogur o queso
- Pescados, carnes, huevos o legumbres: las carnes tienen proteínas, hierro y zinc. Previenen las enfermedades del corazón.
- Las carnes rojas (vacuno, cerdo, cordero) las cecinas, embutidos, las vísceras (hígado, sesos) y la yema de huevo tienen grasas saturadas y colesterol, por lo cual se recomienda controlar su ingesta. El pescado contiene grasas omega 3 que ayudan a prevenir las enfermedades cardiovasculares. Se recomienda privilegiar las carnes blancas (pollo, pescado, pavo).
- Recomendaciones diarias: una presa de pescado fresco, pollo o pavo, 1 taza de legumbres o 1 huevo.
- Aceites: el aceite tiene ácidos grasos esenciales importantes para la salud. La mantequilla, crema, mayonesa, paté y productos de pastelería con crema aumentan el colesterol.
- Recomendaciones diarias: 6 cucharaditas de aceite vegetal.
- Azúcar: se recomienda comer en pequeña cantidad, ya que muchos alimentos contienen azúcar, se recomienda reemplazar por productos naturales como la miel. Es recomendable disminuir productos de pastelería y otros.
- Diariamente se aconseja consumir 3 a 4 cucharaditas de azúcar.
- Reducir el consumo de sal: el consumo excesivo se asocia con Hipertensión Arterial. Se recomienda disminuir el consumo de los alimentos preparados con sal y los alimentos enlatados.

- Ingerir bastante agua: con la edad, la sensación de sed baja. Es indispensable para mantener el buen funcionamiento de los riñones, evitar la deshidratación, mantener normal la temperatura del cuerpo y facilitar la digestión



HIGIENE

Una persona mayor puede presentar incontinencia de orina o deposiciones, estitiquéz y retención de orina con molestias e infecciones urinarias. La incontinencia es la incapacidad que tiene una persona para controlar sus deposiciones y la orina. Los pañales desechables permiten a las personas efectuar estas necesidades, cuando son incontrolables. Algunas veces, estos pañales son necesarios para protección y comodidad, aún cuando la persona pueda caminar. Si es posible, debe llevarse al baño todos los días para que obre. El aseo puede evitar infecciones en la piel y se recomienda un baño diario con jabón neutro, secándolo(a) cuidadosa y prolijamente.

Las ventajas de un buen aseo e higiene son:

- Elimina la suciedad del cuerpo
- Da bienestar y comodidad
- Elimina olores desagradables
- Estimula la circulación
- Es una instancia de estimulación psicológica
- Excelente para desarrollar ejercicios
- Espacio para evaluar al adulto(a) mayor en signos y síntomas de probables enfermedades.

¿CÓMO AYUDAR A UNA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE A USAR LA CHATA EN LA CAMA? SI PUEDE LEVANTAR LAS NALGAS

- Levante un poco la cabecera de la cama, siempre y cuando el médico lo permita.
- Pídale a la persona que doble las rodillas y que coloque las plantas de los pies sobre la cama para que pueda ayudarse a levantar las nalgas.
- Sostenga la parte inferior de la espalda de la persona con una mano.

- Con su otra mano, coloque el borde curvo del sanitario debajo de las nalgas de la persona.
- Levante un poco más la cabecera de la cama, de manera que la persona quede sentada.
- De ser posible, permítale a la persona cierta intimidad

SI NO PUEDE LEVANTAR LAS NALGAS:

- Gire a la persona sobre un costado.
- Usando una mano, coloque la chata contra las nalgas de la persona.
- Mientras sostiene la chata en su lugar, lentamente gire a la persona sobre la espalda para que quede sobre la chata.
- Levante un poco la cabecera de la cama con una almohada, siempre y cuando el médico lo permita.
- De ser posible, permítale a la persona cierta intimidad.
- Cuando la persona esté débil, no la deje sola.
- Cuando la persona haya terminado, baje la cabecera de la cama.
- Ruede a la persona sobre el costado y retire cuidadosamente la chata



¿Cómo debe limpiar a una persona mayor después de usar la chata en la cama?

- Suavemente, gire a la persona sobre el costado.
- Limpie entre las piernas de la persona usando primero papel higiénico.
- Cuando la persona sea una mujer, asegúrese de limpiar de adelante hacia atrás.
- Luego, utilice un paño húmedo (toallita) y/o agua para lavar bien el área (use jabón sólo si es muy necesario).

- Seque la parte que queda entre las piernas de la persona
- Revise la piel en busca de enrojecimiento o úlceras. Si encuentra algunas, informe a su médico

¿CÓMO BAÑAR A UNA PERSONA MAYOR QUE SE ENCUENTRA EN CAMA?

Para realizar el baño de cama se desarrollan, en forma secuencial, las siguientes actividades: aseo de boca, aseo de ojos, lavado del cuerpo y aseo genital. Se recomienda realizar el lavado de cabeza una vez por semana. Para facilitar el procedimiento y no desabrigar a la persona mayor que se encuentra en cama, es recomendable seguir el siguiente orden: boca, ojos, cara, orejas, cuello, brazos, axilas, manos, tórax, mamas, abdomen, espalda, nalgas, muslos, piernas, pies y finalmente región genital. Se recomienda realizar el cambio de sábanas y/o ropa de cama después de hacer estos procedimientos, como se menciona en el capítulo de Condiciones Ambientales.

Tener precaución de:

- Respetar el pudor de la persona mayor.
- Cerrar puertas y ventanas, para evitar cambios de temperatura del dormitorio.
- Preparar la ropa limpia con anticipación, para evitar descubrirlo(a) innecesariamente.
- Informarle a la persona mayor el procedimiento a realizar, para hacerlo participe del mismo.
- Tener agua tibia de reserva, para no dejarlo(a) solo(a) y desabrigado(a).
- No desabrigarlo(a) innecesariamente, evitar los cambios de temperatura muy bruscos.
- Evitar movimientos bruscos, dolorosos e innecesarios.
- Pedir ayuda a terceros si la persona mayor no se mueve por sí mismo.
- Lavar a la persona mayor por partes, según lo mencionado anteriormente, manteniendo el resto del cuerpo tapado.
- Evitar mojar la cama; de lo contrario, después del baño en cama, proceder al cambio de sábanas.



- Secar lo más rápido posible y cubrir.
- Aprovechar esta instancia para comunicarse con la persona mayor.
- Emplear este espacio para realizar ejercicios

Materiales:

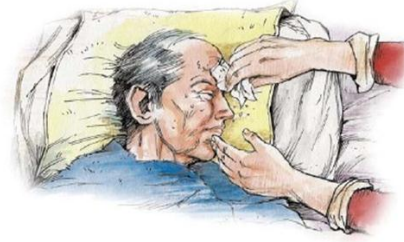
Es importante reunir todos los materiales necesarios antes de realizar el procedimiento, para evitar desproteger a la persona mayor y ahorrar energías por parte de quien realiza el procedimiento. Idealmente se recomienda tener los siguientes materiales:

- + 3 toallas.
- + Paño de aseo.
- + Jabón con pH neutro.
- + Un jarro con agua tibia limpia.
- + Algodón.
- + Cepillo de dientes suave.
- + Pasta de dientes.
- + Diarios para cuidar el suelo.
- + Tijeras sin punta, para corte de uñas.
- + Lavabo chico o recipiente para el aseo bucal y un vaso.
- + Lavabo para recibir el agua sucia, sobre todo si no hay baño cerca.
- + Crema humectante.
- + Ropa limpia.
- + Plástico para poner en la cama (como, por ejemplo, bolsas).
- + Algodón con colonia suave para aplicar en la ropa de la persona mayor.

Pasos a seguir:

- 1) Reúna todos los materiales. Ponga diarios en el suelo para evitar mojar la habitación. Para facilitar el baño en cama, se recomienda alivianar la ropa de cama retirando cubrecama y frazadas. Procure mantener la habitación a una temperatura agradable. Mueva a la persona mayor hacia un extremo de la cama, principalmente donde estén los materiales. Si ésta no puede moverse sola, ayúdela a desplazarse con una mano por la espalda y la otra tomando las piernas. Sea cuidadoso y delicado.
- 2) Comience con el aseo de la boca. Este procedimiento contribuye a evitar molestias, malos olores y resecaimiento en la boca, disminuir riesgo de infección y estimular el apetito.

a) Coloque una toalla alrededor del cuello e inclínele la cabeza hacia abajo. Ponga sobre las piernas de la persona mayor el lavabo, para recibir el agua mientras se realiza el aseo.



b) Limpie la boca con cepillo suave con agua tibia, efectuando un aseo en las encías, paladar, dientes y lengua.

c) Si está usando prótesis dental, tenga cuidado al retirarla; lávela con agua corriente, cepillo de dientes y pasta de dientes.

d) Al finalizar, lubrique los labios con algún humectante, como la mantequilla de cacao



3) Realice aseo de los ojos:

a) Mojar un algodón con agua tibia.

b) Limpiar desde el ángulo del ojo cerca de la nariz hacia fuera



4) Coloque sobre las sábanas una toalla para proteger la cama y lavar la cara, cuello y orejas con jabón neutro en poca cantidad, ayudándose con el paño de aseo. Seque cada área con delicadeza, procurando que quede sin rastros de humedad.

5) Retirar la camisa de la parte superior, y dejar tapado a la persona mayor con la ropa de cama. Sacar debajo de la ropa de cama un brazo y colocarlo sobre una toalla, lavar las manos, brazo y axila. Secar rápidamente, y si es

lubricar la piel con

hacer lo mismo con el



necesario, crema. Luego, otro brazo.

6) Para el aseo del tórax



y abdomen: es

necesario doblar la ropa de cama hacia abajo y cubrir tórax y abdomen con la toalla antes de iniciar el baño, para no exponer a la persona mayor.

- a) Descubra la zona retirando la toalla y sea rápido en el procedimiento.
- b) Proceda a lavar el tórax y abdomen, teniendo especial cuidado con los pliegues de los pechos en el caso de las mujeres.
- c) Recuerde secar prolijamente esta zona para evitar erosiones

7) Coloque a la persona mayor de lado o boca abajo, siempre y cuando sea posible, y lave la espalda y nalgas. Se recomienda hacer este aseo con un masaje enérgico (no tan intenso que produzca dolor) para ayudar a reactivar la circulación. Es el momento para lubricar la espalda con crema (recuerde no utilizar mucha cantidad). Al finalizar, colocar una camisa limpia.

a) Para el aseo de las piernas, es necesario colocar un plástico para no mojar sábanas y colchón. Se coloca la pierna sobre una toalla y se comienza a lavar desde el muslo hasta llegar a los pies. Es importante secar bien, sobre todo entre los dedos de los pies. Si es necesario, cortar uñas y lubricar; también se pueden hacer masajes, especialmente en los pies.

b) El corte de uñas debe hacerse después del lavado de pies, ya que éstas estarán más suaves y fáciles de cortar. Debe hacerse en forma recta para evitar que se encarnen. Use una lima de cartón para suavizar las esquinas. Si Ud. observa que las uñas están gruesas, amarillas y/o encarnadas, con el enrojecimiento del dedo, consulte con el médico de cabecera.



El aseo genital entrega bienestar a la persona mayor dependiente y sobretodo previene enfermedades como infecciones urinarias.

Si tiene guantes, puede usarlos para su protección

- a) Coloque una chata o lavatorio bajo las nalgas.
- b) Evite mojar la cama colocando un plástico bajo



este recipiente.

- c) Use algodón mojado para la limpieza de los genitales. Elimínelos en una bolsa plástica. En el caso de la mujer, realice el aseo
- d) de arriba hacia abajo. En el caso del hombre, limpie la piel y pliegues genitales, así como también el pene y los testículos,
- e) en forma delicada.
- f) Deje caer agua desde arriba para limpiar cuantas veces sea necesario.
- g) Seque con toalla especial, distinta a la que utilizó para el baño de cama general.
- h) Deje cómodo a la persona mayor al finalizar.

8.-Cámbielo de ropa. Esto lo hará sentir confortado y revitalizado. Puede pasar un algodón con colonia suave por la ropa de la persona mayor, si es que éste está de acuerdo.

9.-Después de haber realizado el baño de cama, Ud. puede proceder con el cambio de sábanas y/o ropa de cama.

Si es necesario, puede realizar el lavado de pelo. Se recomienda hacerlo una vez por semana. Prepare con anterioridad el material antes del lavado de pelo: un jarro de un litro con agua a temperatura adecuada (tibia al contacto con la piel), un recipiente, una bolsa de plástico grande, una toalla, champú suave, cepillo suave y una almohada.

- a) Coloque a la persona mayor diagonalmente en la cama, con la cabeza al borde.
- b) Afirme la almohada bajo los hombros de la persona mayor.
- c) Ponga el plástico sobre el cuello y deje caer el agua tibia por el pelo sobre el recipiente, para que ésta no caiga al piso.
- d) Humedezca todo el pelo con el agua tibia y agregue champú, friccionando la cabeza con las yemas de los dedos.
- e) Enjuague cuantas veces sea necesario, hasta que el pelo quede suave.



- f) Seque el pelo primero con toalla y luego con secador, teniendo cuidado
- g) de no quemar a la persona mayor. Peine el pelo con cepillo suave

¿CÓMO CAMBIAR DE ROPA A LA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE?

Es importante realizar un cambio frecuente de camisetas o pijamas, ya que ayudamos al bienestar de la persona mayor.

Al efectuar este cambio no olvidemos:

- 1) Cuidar el pudor de la persona mayor.
- 2) Cerrar puertas y ventanas, para evitar cambios de temperatura del dormitorio.
- 3) Preparar la ropa limpia con anticipación, para evitar descubrirlo innecesariamente.



Pasos a seguir:

Primero retirar una manga e inmediatamente colocarle la manga del pijama limpio del mismo brazo.

- a) Deslizar el pijama sucio por la cabeza, pasando rápidamente la limpia.
- b) Retirar el resto de la camisa o pijama y colocar rápidamente la segunda manga.
- c) Si la persona mayor presentara en un lado más molestias o dolor, debe retirarse primero la ropa usada por el lado sano. Al contrario, al colocar la camisa o pijama limpia, debe comenzarse por el lado con molestias, para así terminar de acomodar la ropa más fácilmente.

MOVILIDAD Y TRASLADO

El cuidador(a) debe promover la prevención de accidentes en las personas de edad avanzada, en el caso de que la persona mayor se levante al baño o pueda dar pequeños paseos.

¿Cómo ayudar a levantarse a una persona mayor que no puede hacerlo por sí misma?

La idea al trasladar a la persona mayor es realizar un conjunto de movimientos que permitan cambiar de posición y desplazar a la persona con el mínimo esfuerzo y el menor riesgo tanto para el cuidador(a) como para la persona mayor.

Esto debería tener reportes positivos para la persona mayor, con el aumento de su autonomía y mejora física y psicológica, y para el cuidador(a), evitando dolores de espalda, economizando energías, tomando en cuenta de que el cuerpo es una

herramienta que se ha de proteger. Privilegiando esta idea, no debemos hacer nada que pueda realizar la persona mayor por sí mismo, debemos motivar a la persona para que colabore al máximo, nunca hacer un movimiento que invalide la persona mayor aunque se gane tiempo y tener en cuenta su estado (no todos los días está igual).

Hay dos principios que hay que tomar en cuenta para movilizar a la persona mayor: primero, separar los pies para mejorar el equilibrio y situarlos lo más cerca posible de la persona mayor, y segundo, al aproximar el cuerpo a la persona mayor, disminuir la fuerza que hay que hacer.

Al ayudar a la persona mayor a levantarse, fijese que apoye bien los pies en el suelo. Ayúdele a mantener la cabeza alta y espere unos segundos. Si no se marea, se le puede levantar. A la hora de vestirse, que lo haga con o sin ayuda sentado o en la cama, nunca apoyándose en la pared o haciendo equilibrios de pie

Hay diversas formas para movilizar a la persona mayor, sin hacer un gran esfuerzo y evitando accidentes:



PARA SENTAR AL BORDE DE LA CAMA

- 1) Agarre en forma de abrazo a la persona mayor.
- 2) Ponga su pie en dirección al movimiento.
- 3) Haga una pequeña fuerza para trasladar a la persona mayor hasta el borde de la cama.

PARA TRASLADAR DE LA CAMA A LA SILLA

- 1) Ponga una mano en la espalda de la persona mayor y otra debajo de las rodillas.
- 2) Mantenga los pies separados, uno más adelantado.
- 3) Ayude al enfermo a que se gire y se siente al borde de la cama.
- 4) Flexione las piernas y bloquee la pierna de la persona mayor utilizando la rodilla y el pie.
- 5) Rodee el pecho de la persona mayor con los brazos e indíquele que apoye una mano en su hombro y la otra en el borde de la cama. Levántelo y pídale que ponga su mano en el sillón o silla.
- 6) Al sentarlo, utilice el contrapeso para terminar.

PARA INCORPORARLO DE LA SILLA

- 1) Tome a la persona mayor por debajo de las axilas, sosteniendo con firmeza sin hacer daño.

- 2) Con las piernas flexionadas, introduzca una rodilla entre las piernas de la persona mayor.
- 3) Lleve el contrapeso del cuerpo de la persona mayor hacia usted y termine de levantarlo.

Para trasladar de la silla a la cama

- 1) Tome a la persona mayor desde atrás por debajo de las axilas.
- 2) Suba su pierna a la cama, para hacer contrapeso.
- 3) Levante a la persona mayor ejerciendo
- 4) fuerza con la pierna levantada.
- 5) Cuando más de la mitad del cuerpo esté sobre la cama, termine de subir las piernas.
- 6) Las personas mayores sufren de muchas de caídas producto de la edad, la reducción de la visión y de la audición, deterioro mental, disminución del control de la postura, riesgo ambiental y temor a caer.
- 7) Es necesario contar, en los lugares donde habita y transita la persona mayor, con mobiliario seguro y de tamaño correcto. Además es importante la eliminación de obstáculos (muebles que entorpezcan el camino, alfombras, entre otros) y contar con una iluminación adecuada.
- 8) Es primordial evitar el deslumbramiento de la persona mayor al encender un interruptor; se puede evitar poniendo una pantalla oscura o algo que impida la visión directa del foco. A la inversa, las sombras pueden producir inestabilidad en la persona mayor, por lo que se hace necesario contar con una buena iluminación.



CUIDADO DE LA PIEL

La piel de la persona mayor es más frágil, más seca y menos elástica, lo que facilita la aparición de infecciones, sobre todo si el aseo es insuficiente.

Las escaras son uno de los principales riesgos del adulto(a) mayor que permanece en cama. Son lesiones producidas por la falta de circulación cuando la piel queda comprimida durante un período prolongado entre el colchón y una prominencia ósea (por ejemplo, talones). La falta de circulación causa la muerte del tejido y éste se desprende dejando una úlcera o herida, que con frecuencia se infecta.

Los factores que predisponen la aparición de escaras son la inmovilidad, la desnutrición, la pérdida de sensibilidad o conciencia cuando existe un daño cerebral. También influye

en la mala circulación, como puede verse en diabéticos, y la pérdida del control de esfínteres.

Los sitios favorables para la formación de escaras son los talones, cara interna de rodillas, caderas, espalda (sacro) y codos.

¿Cómo prevenir las escaras?

Para prevenir las escaras lo más importante es evitar la inmovilidad. Si la persona mayor permanece en cama, deben hacerse cambios de postura cada dos a tres horas (para el cambio de posturas)

. Puede ser colocado de espaldas, de lado o boca abajo.

En cada postura debe evitarse que las extremidades o la cabeza queden en posición incómoda, que los talones se compriman con el colchón (es preferible poner una almohadilla en los tobillos y entre ellos) y que las rodillas se compriman una contra otra si está de lado. Las zonas a proteger son los talones, codos y espalda (sacro), para lo que se puede colocar una toalla o almohada debajo de la cintura, otra debajo de los muslos y otra debajo de las piernas.

Si está boca abajo, el tronco debe colocarse sobre una almohada.

Además, se recomienda mantener la piel limpia y seca, especialmente en los pliegues. Si se observa una zona enrojecida o ampollada, podría llegar a escararse y debe protegerse con más cuidado.

Si la posición es de lado, las zonas a proteger, para evitar que en los puntos de apoyo se formen escaras, son las rodillas, las caderas, los codos y los tobillos, colocando una almohada entre las dos piernas, a fin de evitar que una rodilla se apoye sobre la otra

La sábana debe estar bien extendida y limpia, ya que las arrugas u objetos extraños pueden erosionar una piel frágil. Esta piel puede lubricarse haciendo masajes en forma circular con cremas humectantes, con el fin de estimular la circulación, dos veces al día, especialmente en las zonas de apoyo.

Quizás pensemos que la persona mayor que se puede sentar en una silla no presentará problemas en su piel. Sin embargo, también se producen daños en los tejidos que puede llegar a convertirse en escaras si no se realizan cambios posturales en la persona, aliviando la presión cada dos a tres horas, levantando a la persona mayor de la silla y volviéndolo a sentar. Aquí se busca movilizar la espalda, las nalgas y los talones. Es recomendable poner una toalla o un cojín en los pies de la persona mayor, cuando éste pasará mucho tiempo sentado.

Algunos cuidados que debemos tener presente al momento de cuidar la piel de una persona mayor son:

- ✚ Evitar el agua excesivamente fría o caliente al realizarle su aseo personal.



- ✚ Utilizar, dentro de lo posible, jabones neutros, como el de glicerina.
- ✚ Evitar largas exposiciones al sol y, si lo toma, hacerlo debidamente protegido con cremas de protección solar.
- ✚ Dar de beber líquidos en cantidad aproximada de dos litros diarios, para mantener una buena hidratación.
- ✚ Realizar un secado meticuloso sobre todo en los pliegues (axila, zona de la ingle) y entre los dedos, para evitar irritaciones e infecciones.
- ✚ No emplear bajo ningún concepto objetos que raspen la piel, como piedra pómez. El efecto que se persigue de “eliminar células muertas” es una agresión a la piel.
- ✚ Hidratar la piel con cremas o aceites hidratantes para mantener una buena elasticidad de la piel.
- ✚ Procurar que la persona mayor use ropa de algodón, ya que el tejido sintético irrita la piel.
- ✚ Aplique colonias suaves sobre la ropa de la persona mayor y no sobre la piel.

ACTIVIDAD FÍSICA

Una persona que está en cama durante un período prolongado se enfrenta con una serie de problemas, tanto físicos como psicológicos.

En cuanto a los problemas psicológicos, se puede producir una disminución de la motivación, disminución del apetito y desorientación, cambio de la imagen corporal y apatía, entre otros. Los problemas físicos debidos a la inmovilización pueden afectar incluso a partes del cuerpo que estaban sanas antes del período de inactividad.

El ejercicio ayuda a mantener la capacidad física y la funcionalidad de la persona mayor. Este último aspecto es muy relevante desde el punto de vista de la autonomía, ya que los problemas músculo-esqueléticos están entre los más frecuentes en la tercera edad y son la razón de un alto número de incapacidades. Los problemas músculo-esqueléticos constituyen el deterioro de los músculos y de los huesos debido a la inactividad y pueden producir una serie de problemas: pérdida de minerales de los huesos (osteoporosis), rigidez y dolor en las articulaciones (artritis, artrosis), atrofia muscular y contractura muscular, entre otros.

La importancia del ejercicio radica en que lleva más oxígeno a todas las células, incluyendo las del cerebro. Si a eso se suma que también mejora la actitud y capacidad de socialización, sus beneficios se extienden directamente a la salud mental.

Si se considera que hasta una persona mayor en cama debe realizar ejercicios para evitar que empeore su condición, con mayor razón los cuidadores deben estimularlo para que

haga ejercicio. La intensidad y las formas de practicarlo dependerán de la capacidad y potencialidad de la persona, pero no por envejecer debe suspender la actividad.

Muchas de las acciones que se presentan a continuación para mejorar la actividad física, pueden realizarse en forma de juego, para despertar el interés de la persona mayor y permitir una interacción con el cuidador(a).

Para mover los brazos con amplitud puede tomar un bastón o palo de escoba con las manos y moverlo con los brazos extendidos hacia arriba y abajo, de derecha a izquierda; también podría jugar a recibir y arrojar una pelota.

Para las piernas, además de caminar, es útil realizar flexiones si está de pie, apoyándose en un mueble firme; si está sentado, extenderlas y levantarlas y llevarlas de derecha a izquierda, tal vez con un peso en el pie.

Cuando la persona mayor permanece en cama, debe realizar ejercicios activos: imitación de caminata o trote, extender o flectar el tronco, levantar la cabeza o apoyarla con fuerza en la almohada para elevar el tronco, mover los brazos con o sin un peso. También puede hacer ejercicios isométricos (apretar y soltar los músculos de las extremidades y el tronco sin moverlos).

Cuando la persona mayor está comenzando a levantarse después de permanecer en cama varios días, es necesario hacerlo de un modo paulatino. Puede presentar debilidad muscular que le impida sostenerse o bajas de la presión arterial con tendencia al desmayo. Para evitar la baja de presión, se comienza por sentarlo al borde de la cama con los pies apoyados en el suelo o una silla. Debe extender los brazos hacia atrás apoyando las palmas de la mano en la cama. Inicialmente este ejercicio sólo dura uno o dos minutos, pero debe repetirse 10 ó 15 veces al día. Paulatinamente, en varios días, debería ser capaz de sostener el tronco sin mareos ni agotamiento. Sólo cuando tolere esa posición valdrá la pena trasladarlo a una silla o intentar ponerlo de pie.



EJERCICIOS RESPIRATORIOS

La prolongada inactividad o larga estancia en cama provocan un deterioro de la función pulmonar, por lo que la capacidad pulmonar disminuye, el reflejo de la tos es menos eficaz y se produce la retención de secreciones. Éstas se pueden infectar y provocar cuadros de neumonías y bronquitis. Existen ejercicios que ayudan a la movilidad en general y a evitar problemas respiratorios en particular en las personas mayores, que en conjunto se les llama Fisioterapia Respiratoria.



Ayúdele a realizar respiraciones profundas cada dos horas, más o menos. Pídale que se ponga en posición boca arriba y ayúdele a ponerse una mano en el pecho (si es que no puede hacerlo por sí mismo) y la otra en el vientre, flexionando ligeramente las rodillas.



- Pídale que saque el aire de los pulmones normalmente.

Luego, indíquele que cierre la boca, tomando aire por la nariz. Mientras tanto, dígame que centre su atención en cómo se eleva el abdomen, sin expandir el tórax. Explíquele que si nota que la mano situada sobre el abdomen se eleva cuando toma el aire, quiere decir que está respirando correctamente.

- Dígame que aguante la respiración y que cuente lentamente hasta cinco.
- Pídale que frunza los labios como si fuera a silbar y que expulse todo el aire por la boca, echando el aire despacio, como si fuera a apagar una vela.
- Dígame que descanse algunos segundos y que repita el ejercicio 5 veces.
- Anímele a que vaya aumentando el número de respiraciones profundas hasta diez.



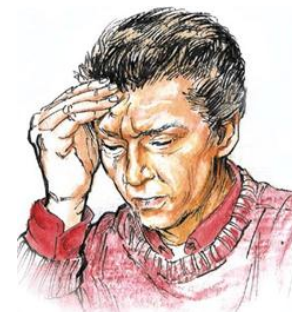
- Ayúdele a toser
- Sentado en la cama, lo más que pueda, indíquele que tome aire por la nariz, hinchando el pecho y tragando saliva mientras mantiene el aire.
- Pídale que tosa dos veces por la boca entreabierta, expulsando el aire con fuerza, apretando el abdomen y deshinchando el pecho
- Déjele que respire unos momentos mientras respira normalmente
- Cuando haya descansado dígame que repita el ejercicio 5 veces como mínimo.



- Ayúdele a liberar las flemas

TÉCNICA DE CLAPPING (PERCUSIÓN): palmotee rítmica y suavemente el tórax de la persona mayor y partes costales, poniendo la mano en hueco para producir vibraciones internas que liberen las flemas.

- Siente a la persona mayor lo más que pueda.
- Con un vaso de agua medio lleno con un sorbete en la boca de la persona mayor, pídale que haga burbujas con el agua.
- Si se cansa, que descanse a intervalos y vuelva a empezar



ACTIVIDADES MENTALES Y ESTADO DE ANIMO

La persona mayor debe usar la atención, la memoria, la imaginación y el lenguaje; esto favorecerá su estado de ánimo y su capacidad mental.

Para que use la memoria, es útil que junto al cuidador(a) repase los sucesos de su vida (tal vez con ayuda de fotos o las noticias del día), preguntarle y recordarle lo sucedido ayer o pedirle información sobre sus familiares

La imaginación se puede ejercitar si se le pregunta qué espera del día actual, cuál es su opinión sobre cierto tema, cómo cree que podría solucionar algún problema. Durante estas conversaciones debe hacerse frecuente referencia a la fecha y circunstancias presentes para favorecer su orientación.

Las reflexiones deben tener un acento optimista, haciéndole presente los aspectos positivos y no los negativos de su situación. Si se logra hacerlo reír, es un buen síntoma. También pueden ser útiles para la atención, la memoria y el ánimo algunos juegos (dominó, cartas, juegos de memoria o de atención), la música o el canto, y la colaboración en algunas tareas domésticas que pueda hacer desde el lugar en donde está.

A cada uno de los visitantes puede pedirse que colabore en alguna actividad. Muchas veces los familiares o amigos se sienten estimulados a volver si pueden ayudar a la persona mayor, por eso es importante pedir su colaboración.

Ejemplo de juegos de palabras:

Pídales a la persona mayor que intente repetir este trabalenguas .no el apure; dele tiempo necesario para que lo repita. Juegue con ella y diviértase. Si la persona mayor se muestra cansada, deje el juego para otra ocasión.

¿Cómo reconocer si una persona mayor dependiente se muestra deprimida?

El sólo hecho de que la persona mayor ya no pueda movilizarse libremente puede constituir la primera causa de un estado depresivo.

Pero debemos tener presente que la presencia de efectos secundarios de medicamentos, muerte de un ser querido, especialmente si se trata de su pareja, la

misma enfermedad física incapacitante, soledad, incomprensión familiar, etc., pueden ser causantes también de una depresión que se agudiza con la inmovilidad.

La depresión en las personas mayores dependientes, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para la persona mayor y su cuidador(a). El diagnóstico, en ocasiones, es difícil, pues la persona de edad puede tener ciertas reservas a la hora de hablar de su desesperanza o tristeza.

Sus causas pueden ser:

- Autoimagen negativa: sentirse viejo, inútil, limitado por las enfermedades, sin afectos.
- El aislamiento, especialmente por viudez y alejamiento de los hijos.
- Limitaciones económicas.
- Mala salud física: tener una enfermedad incapacitante que lo mantiene dependiente, especialmente si se presentó en forma brusca, o con una enfermedad dolorosa.
- Cambio de domicilio o el ingreso a una residencia de larga estada.

La depresión no es una simple tristeza. Es una enfermedad y si no se trata puede provocar una demencia o la muerte. En la persona mayor deprimida, son mucho más notorios síntomas como el decaimiento, dolores de cabeza, palpitaciones, dificultad para respirar, dolor generalizado, mareos, poco o excesivo apetito, insomnio o dormir más de lo habitual, fatiga y aletargamiento. Pero siempre prevenir es menos costoso, emocional y económicamente. Y para ello es clave la cantidad y calidad de apoyo que reciba el adulto mayor de sus cuidadores

En general, para evaluar una depresión se considera que:

- Sea un estado de al menos dos semanas continuas, no una reacción momentánea.
- Que la persona mayor manifieste menos ánimo, que se sienta incapaz, poco valioso, desesperanzado o indefenso.
- Disminuyan las capacidades que tienen que ver con la autovaloración, como planificar y decidir dentro de sus posibilidades.
- Que exista menor concentración, memoria e interés por el entorno o las actividades que antes le agradaban al enfermo.

Que, pese a lo anterior, la inteligencia, lucidez y capacidad de percibir de la persona se mantengan.

Cuando se sospeche de una depresión, hay que consultar a un especialista para descartar posibles enfermedades que la estén provocando. Si la persona mayor se niega al tratamiento, es recomendable que su cuidador visite un terapeuta que le enseñe a entender la depresión y como ayudar a la recuperación.

Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida más satisfactoria. No debemos olvidar tampoco la gran ayuda que supone el apoyo y afecto por parte de los familiares, especialmente en esta etapa de la vida, pues nuestros mayores se encuentran necesitados de atención más que nunca.

¿Cómo puede el cuidador(a) ayudar a la persona mayor que se encuentra deprimida?

Lo más importante que alguien puede hacer por la persona deprimida es ayudarle a que reciba el diagnóstico y tratamiento adecuados.

Esto también implica aconsejar a la persona mayor para que no deje el tratamiento antes de que los síntomas puedan empezar a aliviarse, lo que puede durar desde varias semanas hasta meses.

Otra cosa muy importante es dar apoyo emocional. Esto implica comprensión, paciencia, afecto y estímulo. Busque la forma de conversar con la persona deprimida y escucharla con atención. No minimice los sentimientos que la persona mayor expresa, pero señale la realidad y ofrezca esperanza. No ignore comentarios o alusiones al suicidio e informe al terapeuta sobre estas afirmaciones.

Una forma de ayudar la persona mayor que se encuentra deprimida es con ideas positivas, acompañarlo, recordarle que su estado de ánimo no mejorará de inmediato, sino gradualmente, que sentirse mejor toma tiempo. Transmitirle que debemos estar dispuestos a aceptar el inevitable decaimiento físico y mental y que es importante disfrutar de pequeños agrados, de un saludo amable, de la tibieza de un día otoñal, de una fotografía que nos recuerda a personas que queremos. Escuchar activamente lo que la persona mayor quiere expresar ayudará a que ésta se sienta más aliviada.

Es importante no acusar la persona mayor deprimida de simular enfermedad o ser desganada, ni esperar que salga de esa situación de un día para el otro. Con tratamiento, la mayoría de las personas mejora. Tenga eso presente y continúe repitiéndole que con tiempo y ayuda va a sentirse mejor.

ENFERMEDADES QUE PUEDEN FAVORECER LA DEPENDENCIA

Hay ciertas enfermedades que pueden favorecer tanto la dependencia como la permanencia en cama en las personas mayores, lo que obedece en gran medida a la

gravedad de la enfermedad y a la oportuna intervención médica y la asistencia del cuidador(a). Dentro de éstas, podemos encontrar la enfermedad de Alzheimer, la Hipertensión Arterial, los accidentes cerebrovasculares y la Osteoporosis, entre otras, que pueden provocar inmovilidad y permanencia en cama. Estas pueden agravarse si no son cuidadas debidamente según las indicaciones del médico o por presentar, las personas mayores, un deterioro irrecuperable.

¿Qué es el Alzheimer?

Aunque la causa de esta enfermedad sigue siendo uno de los mayores misterios en la medicina, podemos decir que es un proceso degenerativo y progresivo que causa cambios en el cerebro, los que se manifiestan en alteraciones del pensamiento, del humor, del sueño y de la memoria, entre otras.

Actualmente la enfermedad de Alzheimer afecta a un gran número de personas entre los 40 y 90 años. sobre todo con la memoria de corto plazo, pero todavía tiene capacidad para recordar hechos del pasado lejano. Se observa una notoria vacilación en las respuestas verbales y, cuando no pueda recordar nombres o hechos recientes, es probable que los invente. Se desorienta en el tiempo olvidando citas, cumpleaños, etc. Dejará sus objetos personales en cualquier lugar.

Las etapas de la enfermedad de Alzheimer

Etapa 1: la persona experimenta lapsos de memoria leves. Generalmente es incapaz de encontrar la palabra adecuada para designar algo, por ejemplo “pásame ese chisme” cuando se refiere al salero. También es difícil que mantenga la atención centrada en una misma cosa. Mostrará poco interés por su entorno y sus asuntos personales. Olvidan las pequeñas cortesías de la vida social.

Etapa 2: es una etapa más avanzada y se caracteriza por lapsos de memoria tan breves que es difícil no darse cuenta

Etapa 3: cuando se llega a esta etapa, se observa la desintegración de su personalidad prácticamente completa.

Está casi totalmente desorientado en cuanto a las personas, al espacio y al tiempo. Mantener una conversación normal es imposible y probablemente unos minutos después habrá olvidado lo que acaba de decir.

Etapa 4: es la etapa terminal de la enfermedad, donde hay un inconfundible deterioro mental y físico. La persona es incapaz de andar, pierde su capacidad para comunicarse, ya no reconoce a los miembros de la familia y es frecuente la pérdida de control de esfínter (no manejan los deseos de ir al baño).

Es importante saber que no todos tienen los mismos signos: algunos permanecerán tranquilos y dóciles, mientras que otros se volverán verbal y físicamente agresivos. Pero a pesar de los cambios que pueda presentar, experimentan un gradual deterioro de su estado físico y mental, que generalmente dura de 7 a 15 años y que finaliza con la muerte.

CUIDADOS BÁSICOS

1.-Dar apoyo durante las comidas: hacer que las personas con Alzheimer coman requiere de mucha atención, pues se distraen fácilmente.

- Servir las comidas en un ambiente tranquilo, para que se concentre en comer, poner música suave y, si es necesario, cerrar las puertas para evitar distracciones.
- Usar platos de plástico para evitar accidentes, usar cubiertos con mangos pesados de manera que sea un elemento recordatorio de que está comiendo.
- Preocuparse que la comida no esté muy caliente, pues no es capaz de darse cuenta de su temperatura.
- Recordarle que mastique y trague la comida, pues se olvidan que la tienen en la boca.
- Si juega con la comida o la tira al suelo, se recomienda darle un solo alimento cada vez. Quizás se encuentre agitado porque no es capaz de decidir qué comer.
- Como olvidan que han comido, pueden querer comer varias veces en el día. Si es así, se les puede ofrecer otros alimentos bajo en calorías, pero nutritivos, como postres naturales de fruta o a base de leche.



2.-Consideraciones sobre la higiene: las personas que tienen Alzheimer insisten que se acaban de bañar, aunque sepamos que lo hizo el día de ayer, por ello es importante:

- Mantenga una rutina del baño. Si está acostumbrado a bañarse por las noches, no lo cambie a las mañanas.
- Dentro del baño, dé instrucciones concretas como poner jabón en la esponja, pasarla en la espalda, pecho, brazos, etc.
- Si se va a realizar un baño de tina, sólo colocar 10 cm de agua, ya que con mucho agua puede sentir miedo.
- Ayúdelo a secarse y a lubricar la piel

3.-Y el baño ¿dónde está?: los que tienen Alzheimer pueden tener problemas de incontinencia porque no son capaces de encontrar el baño. Para ayudarlos con el control de esfínter (manejar los deseos de ir al baño), le recomendamos:

- Tener un horario para ir al baño, por ejemplo una vez cada 2 ó 3 horas.
- Dejar abierta la puerta del baño para que se pueda ver la taza del baño. Si persiste el problema, se puede poner una fotografía en la puerta por fuera de una taza de baño con un cartel que diga en letras grandes "BAÑO".
- Instalar barras alrededor de la taza del baño para que se pueda sentar y levantar fácilmente. Otra opción es poner muebles firmes alrededor de la taza, que permitan el soporte a la persona mayor para levantarse o sentarse en la taza del baño.
- No dar líquidos después de las 20:00 hrs., con el propósito de reducir el riesgo de incontinencia en la noche y ayudarlo a dormir bien. Durante el día debe tomar por lo menos 1,5 litros de agua para una buena hidratación.



4.-Para un buen sueño nocturno: muchos tienen problemas para dormir durante toda la noche, se despiertan muchas veces y tienen durante el día siestas pequeñas, por ello:

- Si el adulto(a) mayor dependiente puede movilizarse, intente durante el día que tenga varias actividades, como un paseo en la tarde o antes de atardecer, no mantener siestas prolongadas durante el día y despertarlos relativamente temprano en las mañanas.
- Llevarlo al baño antes de acostarse para evitar que se despierte a media noche. Es recomendable tener una pequeña luz por si se levanta y no se tropiece en el caso que pueda caminar sin ayuda, de lo contrario es mejor tener algún artefacto (campanas, por ejemplo) con que el cuidador(a) pueda darse cuenta que ha despertado y requiera ayuda.

5.-Cómo ayudar mejor: algunos consejos prácticos que podrían ayudar y facilitar las acciones frente a la pérdida de memoria, confusión y desorientación:

- Dirijase a la persona mayor dependiente en forma amistosa, relajada, con tono de voz claro y bajo. Mírela a la cara cuando esté estableciendo una comunicación.
- Proporcione un ambiente relajado, evitando ruidos y distracciones.
- Facilite un ambiente coherente y rutinario, es decir, no cambie constantemente los muebles ni disponga obstáculos en las habitaciones (como, por ejemplo, muchas alfombras).
- Coloque a los objetos etiquetas con el nombre, por ejemplo, objetos de su habitación, baño y cocina, y también en las puertas de las habitaciones, para así ayudar a recordar su nombre y su función (por ejemplo, "dormitorio: lugar para dormir
- Coloque un reloj y un calendario grande en su habitación y vaya marcando los días pasados para ayudar a recordar la fecha correcta.
- Con relación a los riesgos de caídas, es importante mantener un ambiente libre de obstáculos, colocar suficiente luz en pasillos y habitaciones, evitar el uso de estufas en lugares de circulación y que la persona mayor utilice, si es posible, zapatos con suela de goma.
- Hacer participe a la familia o gente cercana de los cuidados.
- Ayude a la persona mayor a realizar tareas simples, siempre y cuando sea posible, incentivando el autocuidado.
- No poner guateros en la cama o calentadores ya que ellos no se dan cuenta que se pueden estar quemando la piel, sólo bajo supervisión controlada y por un período limitado.

¿Qué es la hipertensión arterial?

La hipertensión arterial es el aumento de forma crónica de la presión arterial y es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo. Las primeras consecuencias de la hipertensión la sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión alta de forma continua y se hacen más gruesas y tortuosas, pudiendo verse dificultado al paso de sangre a través de ellas.

¿Qué significan las mediciones de la presión arterial?

Cuando uno se toma la presión, aparecen dos cifras:

La cifra superior o primera cifra indica la presión sistólica, o sea la presión que su corazón produce cuando bombea la sangre hacia las arterias.

La cifra inferior o segunda cifra indica la presión diastólica, o sea la presión en sus arterias cuando el corazón está “descansando” entre latidos.

Se estima que una presión normal es de 120/80. Si la presión es de 140/90 o más, se considerará presión alta. Aunque mucha gente no considera que tener presión alta sea peligroso para la salud debido a su falta de síntomas, ésta puede aumentar el riesgo de ataque al corazón, derrame cerebral y problemas a los riñones.

Estas son las circunstancias que aumentan transitoriamente la presión:

- El esfuerzo físico.
- Un cambio de temperatura, el frío.
- El traslado a un lugar de clima diferente.
- Emociones fuertes, como el dolor o el miedo.
- Tensiones psíquicas, hablar en público, discusiones enérgicas, ruidos, entre otras.

¿Qué pasa cuando la presión arterial está elevada?

La hipertensión, al inicio, muchas veces no da síntomas marcados, sin embargo puede producir diversas molestias, que deberían alertarnos de que algo anda mal.



- Dolor de cabeza (cefalea).
- Zumbido de oídos.
- Adormecimiento de mitad del cuerpo.
- Visión borrosa o visión de "luces".
- Mareos al levantarse o al cambiar de posición.
- Transpiración excesiva.
- Calambres musculares.
- Debilidad.
- Orina frecuente.
- Latidos del corazón rápidos o irregulares (palpitaciones).

La presión puede cambiar de un momento a otro dependiendo de la actividad, estados de ánimo, con cambios de posición, con ejercicio o durante el sueño.

La gente con presión alta no es exageradamente ansiosa, compulsiva o "nerviosa".

Un hecho muy importante es que se puede tener la presión arterial alta y no saberlo ya que, usualmente, no presenta síntomas. Por eso se le llama "la asesina silenciosa".

Si bien no hay síntomas definidos para la presión alta, algunas personas que comienzan a padecer de presión alta experimentan un dolor en la nuca al despertarse en las mañanas y pueden tener sangramientos de nariz más a menudo que lo normal. Dolores de cabeza y mareos, comúnmente asociados a la presión alta, se manifiestan sólo cuando ya se ha transformado en crónica y altamente riesgosa para la salud

FACTORES DE RIESGO

Hay tres grandes factores de riesgo de presión alta que uno no puede controlar:

- Edad: a medida que uno envejece, aumenta el riesgo de padecer presión alta.
- Sexo: cuando jóvenes y hasta los cincuenta años aproximadamente, los hombres son más susceptibles a tener presión alta que las mujeres. Para hombres y mujeres entre 55 y 64 años, las tasas son similares para ambos sexos. De los 65 años para arriba, son las mujeres las que sufren de presión alta en mayor cantidad que los varones.
- Historia familiar: la presión alta tiende a repetirse en las familias.

Hay varios factores de riesgo que sí se pueden controlar:

- Obesidad: a medida que aumenta la masa corporal, se necesita más sangre para proporcionar oxígeno y nutrientes a los tejidos.
- El volumen de la sangre aumenta, produciendo fuerza extra en las paredes arteriales.
- Inactividad: la falta de actividad física aumenta el riesgo de presión alta, al incrementar el riesgo de obesidad.
- Tabaco: los productos químicos del cigarrillo pueden dañar las paredes arteriales, provocando la acumulación de placas (depósitos de grasa que contienen colesterol). La nicotina también constriñe los vasos sanguíneos y obliga al corazón a trabajar más.

- Sensibilidad al sodio: las personas que son sensibles al sodio retienen más fácilmente este elemento, provocando retención de líquidos y aumentando la presión.
- Bajo nivel de potasio: el potasio es un mineral que ayuda a balancear la cantidad de sodio en las células. Si la persona mayor no consume o no retiene suficiente potasio, puede acumular demasiado sodio.
- Exceso de alcohol: si bien se desconoce cómo y por qué el alcohol aumenta la presión sanguínea, beber en exceso puede dañar el corazón.
- Estrés: niveles elevados de estrés pueden provocar temporales alzas dramáticas de presión. Si la persona mayor intenta relajarse comiendo, fumando o bebiendo más, también aumenta el riesgo de presión alta.
- Enfermedades crónicas: Otros factores de riesgo son enfermedades crónicas como la diabetes, colesterol alto, apnea y problemas al corazón

¿Cómo controlar la presión arterial?

La manera más segura de controlar la presión alta es cambiando el estilo de vida, pero este cambio a veces no es suficiente para reducirla. Existen muchos tipos de medicamentos para controlar la hipertensión, como los diuréticos, los bloqueadores-beta, los bloqueadores alfa y los vasodilatadores directos.

Sin embargo, aunque esté bajo tratamiento médico para bajar la presión, cambios en el estilo de vida ayudan a prevenir y controlar la hipertensión.

Algunas sugerencias:

- Alimentarse bien: procure que la persona mayor dependiente ingiera una dieta balanceada.
- Priorice las frutas, legumbres, cereales, verduras y productos lácteos bajos en materia grasa (siempre consulte a su médico). Limite el consumo de sodio (principalmente la sal), esto incluso puede eliminar la necesidad de recurrir a medicamentos.

- Eliminar el sobrepeso: está comprobado que reducir peso de manera paulatina puede contribuir a reducir de manera significativa la presión.
- Hacer ejercicio: ejercicios de brazos y piernas pueden ayudar a evitar el aumento de la presión sanguínea. Evalúe si la persona mayor puede realizar pequeños ejercicios en cama.
- Eliminar el tabaco: si el la persona mayor sufre de presión alta, puede causarle daño en sus arterias y constreñir los vasos sanguíneos.
- Limitar el alcohol y la cafeína: si a la persona mayor se le reduce el consumo de alcohol y cafeína a niveles moderados, se producirán inmediatos efectos en la presión sanguínea.
- Ayudar a controlar el estrés: aprenda técnicas de relajación, respiración profunda y meditación y practíquelas junto a la persona mayor a su cargo. Simplifique la rutina diaria y destine un período diario de tiempo para compartir lúdicamente con la persona mayor.
- Procurar el buen dormir: mantenga un horario definido a la persona mayor para dormirse y despertarse. Unas horas de sueño reparador ayudan a bajar los niveles de estrés. Antes de dormir, si es posible, dele un baño tibio, léale o dele a tomar alguna bebida relajante (leche, jugo de fruta, etc.).
- Controlar su presión: es recomendable tomar la presión de la persona mayor una vez por semana. Cuando le tome la presión, es aconsejable repetir la medición para asegurarse de su exactitud.

IMPORTANTE

- No permita que la persona mayor se automedique, consulte siempre un médico especialista.
- Recomendaciones previas a la toma de presión Arterial
- Procure que la persona esté tranquila y sin hablar.
- Siente a la persona en posición cómoda, con brazos y piernas relajadas, evitando cruzarlos.

- En caso de que la persona esté inconsciente o no pueda sentarse, manténgala acostada y prosiga con la toma.
- El brazo de la persona mayor dependiente debe estar libre de constricción, como, por ejemplo, evitando ropa ajustada, y su puño no debe estar cerrado.
- La persona mayor dependiente debe descansar por lo menos cinco minutos antes de la toma de presión.
- Además, no debe haber ingerido alcohol, café, no haber fumado, no haber sido expuesto al frío ni al dolor ni haber realizado esfuerzo físico.

¿QUÉ ES UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR?

Los ataques cerebrales, o más conocidos como Accidente Vascular Encefálico (AVE) o Apoplejía, causan la muerte o invalidez a más del 40% de las personas que los padecen. Esta cifra no ha cambiado en los últimos 30 años.

Un ataque cerebral es una enfermedad de los vasos sanguíneos cerebrales (arterias o venas) que se caracteriza por el inicio brusco de una pérdida de funciones cerebrales.

Existen dos tipos: el Infarto Cerebral, más frecuente, que ocurre cuando un vaso sanguíneo cerebral se tapa (no llega sangre al tejido cerebral) y la Hemorragia Cerebral, que ocurre cuando un vaso sanguíneo cerebral se rompe (la sangre invade el tejido cerebral).

LOS SÍNTOMAS

Infarto Cerebral: pérdida de fuerzas de un lado del cuerpo (hemiplejía), pérdida del lenguaje (afasia) o dificultad para entender y para encontrar las palabras para expresarse, trastorno del habla (disartria) o dificultad para modular, pérdida de la visión de un lado del campo visual (hemianopsia), visión doble (diplopía), pérdida de sensibilidad de un lado del cuerpo (hemianestesia) y pérdida de equilibrio o de la coordinación (ataxia).

Hemorragia Cerebral: dolor de cabeza súbito y severo, confusión o inconsciencia, cualquiera de los síntomas descritos para el infarto cerebral.

Los ataques cerebrales dan aviso. Los Infartos Cerebrales frecuentemente van precedidos de Ataques Isquémicos Transitorios (AIT).

Estos consisten en breves ataques que duran desde unos pocos minutos hasta algunas horas, con los síntomas que ya se describieron para el Infarto Cerebral. Hay una variante típica que consiste en una pérdida transitoria de la visión, que se siente como una cortina o una nube que cubre la visión de un ojo (amaurosis fugax). Los Ataques Isquémicos Transitorios no se acompañan de dolor de cabeza

¿Cómo prevenir un accidente cerebrovascular?

Los ataques cerebrales se pueden prevenir controlando o corrigiendo los siguientes factores de riesgo:

- Controlar la presión arterial.
- Controlar bien toda enfermedad cardíaca: arritmias, enfermedad de válvulas o de las arterias coronarias.
- No fumar.
- Moderar el consumo de alcohol.
- Controlar la glicemia (azúcar en la sangre), en particular si hay antecedentes familiares de diabetes.
- Controlar el colesterol.
- Practicar, si es posible, actividad física regularmente.
- Evitar el exceso de peso.

¿QUÉ ES LA OSTEOPOROSIS?

La osteoporosis puede ser una condición devastadora, que afecta mayormente a mujeres y que conduce a una disminución de la calidad de vida y/o a una pérdida de la independencia. No tiene un comienzo bien definido (es una enfermedad silenciosa) y, hasta hace poco, el primer signo visible de la enfermedad acostumbra a ser una fractura de la cadera o de la muñeca, que originaba dolor o deformidad. Generalmente se presenta en mujeres, más que en hombres, aunque ellos también pueden presentar esta condición.

Muchas mujeres no son conscientes de que el estado de sus huesos en edades avanzadas está afectado por la ingestión de calcio de su vida hasta el momento.

Nuestros huesos, que desprenden y renuevan el calcio a lo largo de la vida, acumulan densidad durante la infancia y la adolescencia.

Después, durante el principio de la edad adulta, el calcio es depositado y liberado en cantidades iguales. Cuando una mujer llega a los 35 años, comienza a liberarse más calcio del que se acumula, un proceso que se acelera con el declive de la producción de estrógenos en la menopausia.

La fractura es la manifestación clínica más característica de esta enfermedad y la caída es el hecho precipitante esencial en este tipo de fracturas.

Las fracturas más frecuentemente asociadas con la osteoporosis afectan a la columna vertebral, la cadera y la muñeca, y el riesgo asociado de fractura es



alarmante, dado que la mitad de todas las mujeres mayores de 50 años de edad sufrirán una fractura relacionada con la osteoporosis en algún momento de sus vidas. Los hombres no están exentos de este riesgo. En realidad, un tercio de todas las fracturas de cadera provocadas por la osteoporosis afectan a hombres.

SÍNTOMAS

- Dolor óseo, deformación y acortamiento de los huesos,
- Reducción de la movilidad,
- Limitación del movimiento,
- Fracturas espontáneas

Cuál es su causa?

La menopausia es la principal causa de osteoporosis en las mujeres, debido a que la disminución de los niveles de estrógenos ocasiona una rápida pérdida de hueso (masa ósea). Esta pérdida ocasiona una menor resistencia del mismo, que conduce fácilmente a fracturas de la muñeca, columna y la cadera.

¿Por qué aparece esta enfermedad?

Entre los factores de riesgo que predisponen a su desarrollo destacan ser mujer posmenopáusica, tener una historia familiar de osteoporosis, factores relacionados con el estilo de vida como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el bajo consumo de calcio y la vida sedentaria.

Entre los factores que incrementan de un modo determinante el riesgo de sufrir caídas tenemos la pérdida de fuerza en extremidades inferiores y la pérdida de equilibrio y flexibilidad. Las personas confinadas a la cama durante un período prolongado padecen una pérdida de mineral óseo por falta de movilidad. Esta afirmación también es válida para aquellas personas que no realizan ejercicios físicos regulares. Además, dado que la luz del sol es una fuente principal de vitamina D, una vida sedentaria en espacios cerrados puede contribuir al desarrollo de osteoporosis.

Una mayor probabilidad de desarrollar osteoporosis se relaciona con:

- Menopausia (última menstruación en la vida de una mujer)
- Consumo del alcohol o cafeína en exceso
- Tabaquismo
- Algunos medicamentos como el uso prolongado de córticoesteroides
- Procesos como enfermedad tiroidea, artritis reumatoide y problemas que bloquean la absorción en el intestino del calcio

- Dieta pobre en calcio por períodos prolongados, especialmente durante la adolescencia y la juventud
- Vida sedentaria

¿Cómo tratarla?

El consumo adecuado de calcio y de vitaminas es esencial para la salud del hueso. Los productos lácteos son los más altos en calcio. Este mineral también se encuentra en el salmón y algunas verduras, como el brócoli, las espinacas y lechugas. Una taza de leche descremada, por ejemplo, contiene 300 miligramos de calcio, y una taza de yogur natural descremado contiene 415 miligramos.

El calcio, cuando es indicado a consumir en fármacos por un médico, se debe tomar en dosis pequeñas distribuidas a lo largo del día acompañadas por pequeñas cantidades de comida, y no de golpe o junto a una comida entera. Un poco de comida producirá suficientes ácidos del estómago para asegurar la absorción del calcio, sin crear competencia por la absorción con los otros minerales presentes en una comida completa.

El caminar y los ejercicios de extensión de la columna (si es que es posible realizarlos) pueden estabilizar o incluso incrementar ligeramente la masa ósea y mejorar el balance y la fuerza musculares, previniendo caídas y fracturas. El movimiento regular y la nutrición adecuada son factores clave para minimizar la pérdida de masa ósea.

RECOMENDACIONES:

- ✚ Asegúrese de que la persona mayor dependiente realice movimientos mientras esté acostado, tanto de brazos como de piernas. Eso, además, asegurará que no se produzcan escaras tempranamente. Si la persona mayor puede levantarse (al baño, por ejemplo), utilice ese espacio para realizar una pequeña caminata, mientras no se canse y tenga fuerzas para llevarla a cabo.
- ✚ Preocúpese de que la persona mayor dependiente ingiera alimentos con alto contenido de calcio (siempre consulte primero con su médico). La leche y otros productos lácteos (por ejemplo, queso, yogur y queso blanco), los jugos de
- ✚ fruta, los vegetales de hojas verdes (por ejemplo, brócoli, repollo) y las almendras son fuentes importantes de calcio.
- ✚ Déle a la persona mayor, dentro de sus posibilidades, alimentos que ayuden a su cuerpo a absorber el calcio presente en la

dieta. La leche fortificada y los peces con alto contenido graso (como, por ejemplo, el salmón) son fuentes adecuadas de vitamina D, la cual es esencial para la absorción de calcio.

- ✚ Ayude a la persona mayor dependiente a exponerse al sol durante el día. El sol es una fuente principal de vitamina D. La exposición a la luz solar durante tan solo 10-15 minutos por día es suficiente para estimular la formación de vitamina D. Evite las temperaturas muy altas y mantenga a la persona mayor liviana de ropa cuando haga mucho calor, ojalá con un sombrero para proteger su cabeza.
- ✚ Evite dar a la persona mayor dependiente alimentos que evitan la absorción de calcio (consulte siempre con su médico). Las dietas que contienen un elevado contenido de proteínas y fibras pueden interferir con la absorción intestinal de calcio. Evitar el consumo excesivo de cafeína, alcohol y bebidas cola. Una cantidad excesiva de sal en la dieta puede favorecer la pérdida de calcio corporal al promover su eliminación en la orina.
- ✚ Consulte al médico acerca de la ingestión del suplemento de calcio más apropiado para la persona mayor dependiente.

RECUERDE

- Mejorar los hábitos alimenticios, con ingesta adecuada de calcio y vitamina D
- Fomentar el ejercicio de acuerdo a la capacidad y edad de individuo
- Limitar el desarrollo de actividades de alto impacto y esfuerzo físico
- Evaluar el uso de medicamentos que puedan favorecer el desarrollo de Osteoporosis

USTED TAMBIÉN DEBE CUIDARSE: EL SÍNDROME DEL CUIDADOR(A)

Como estas personas mayores son personas de cuidado, se requiere la presencia del cuidador(a) las 24 horas al día, en un estado de alerta constante y de preocupación frente a cualquier suceso, siendo las pequeñas atenciones lo que más desgasta.

Muchos terminan sacrificando su propia vida personal, familiar y laboral, quedando "atrapada" con este tipo de ritmo, el que les causa estrés y agotamiento, pudiendo terminar en enfermedades físicas o psicológicas, denominado Síndrome del Cuidador.

El Síndrome del Cuidador consiste en un profundo desgaste emocional y físico que tiene la persona que cuida y/o vive con un enfermo crónico incurable, como puede ocurrir con una persona mayor con Alzheimer. La persona que sufre este síndrome es aquella que le dedica casi todo el tiempo a la persona enferma, incluso dejando de trabajar para cuidarlo, generalmente solo(a), sin ayuda y por muchos años. Este estilo de vida produce un estrés que dura en el tiempo y que se va haciendo crónico.

La persona que cuida a una persona mayor dependiente generalmente es una mujer, cuya edad está comprendida entre los 45 y 60 años y a la que le unen lazos familiares. Esta mujer, considerada como cuidador principal, contrae una gran carga física y psíquica al responsabilizarse de la vida del enfermo: medicación, higiene, cuidados, alimentación, etc. El cuidador(a) va perdiendo paulatinamente su independencia, porque la persona mayor dependiente cada vez le absorbe más. Se desatiende a sí misma, no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto vital.

¿Cómo identificarlo?

- Aislamiento progresivo y tendencia a encerrarse en uno(a) mismo(a)
- Desmotivación, depresión y angustia.
- Fatiga y agotamiento.
- Irritabilidad constante contra los demás.
- Actitud negativa hacia la persona mayor dependiente.
- Descuidan su propia salud. Pueden estar enfermos y no acudir a control médico.
- No duermen lo suficiente, llegando al insomnio.
- No se alimentan bien.
- No hacen ejercicio físico.
- Propensos a tener un alto consumo del tabaco y alcohol.



¿QUÉ HACER CON LOS PROPIOS SENTIMIENTOS?

El cuidador(a) debe aprender a manejar sus sentimientos. A menudo puede sentirse abrumado y de poco le valen los consejos de otros familiares. Las reacciones emocionales y los sentimientos en los que puede caer como consecuencia de convivir y atender a la persona mayor dependiente son variados. Aunque cada persona es diferente, se exponen a continuación algunas de las perturbaciones del carácter que pueden afectar al cuidador(a) principal.

Tristeza

A medida que la enfermedad va avanzando, el cuidador(a) ve que la persona mayor dependiente ya no es el que era, cada vez va olvidando más hábitos de conducta e incluso puede no conocer a quién lo cuida. A pesar de lo doloroso de la situación, el cuidador no debe abandonarse a la tristeza. La melancolía le empañará la vida y no le permitirá reconocer que la persona, a pesar del deterioro físico y psíquico, aún tiene necesidad de afecto y comprensión.

Preocupación

El futuro puede abrumarle, entre otras cosas, sobre si podrá ser capaz de seguir atendiendo la persona mayor tanto física como psíquicamente, e incluso económicamente. No olvidemos que a veces el cuidador(a) por su edad también necesitaría ser atendido. El cuidador(a) debe procurar serenarse.

Es inevitable que se encuentre preocupado, pero hay que vivir el presente, sin dejarse enmarañar por un futuro incierto.



Soledad

Este sentimiento afecta principalmente al cónyuge, si es éste el que ha quedado a su cuidado, más aún cuando el cuidador(a) ha organizado toda su vida alrededor de la persona mayor y ha ido perdiendo amigos o sus hijos ya tienen su propia vida.

Es vital no sentirse solo(a). Debe buscar amigos y compañía allí donde pueda: vecinos, centros recreativos, asociaciones, etc.

Irritabilidad

El cuidador(a) puede presentar irritabilidad porque está cansado de hacerse cargo de la persona mayor dependiente, porque nadie le ayuda o así lo siente, porque está sacrificando sus aficiones, porque los días pasan con pena y sin alegrías. Esto pasa principalmente al inicio de la dependencia de la persona mayor y es la fase de negación; tiene que ver con que la enfermedad de la persona mayor todavía no se ha asumido y no se entiende. Darse cuenta de que el proceso de deterioro es permanente, puede ayudar a entender que, aunque puede mejorar, sus capacidades se ven disminuidas en un alto grado.

Culpabilidad

La culpabilidad por los propios errores u obstáculos en la tarea de cuidar a una persona mayor puede provocar sentimientos que lleven a paralizar al cuidador(a) y sentir que no

da la mejor atención. Para evitar esto, debe asumir los errores como inevitables y que los cuidados que se le den a la persona mayor están dentro de las capacidades que posee cada uno, tanto personales como económicas y familiares

Depresión

Cuando la tristeza, la preocupación, la soledad y la desesperanza se viven sin otra alternativa, el cuidador(a) puede enfermarse de depresión. Es decir, cuando estos sentimientos que causan infelicidad no se mitigan o se equilibran con otras vivencias positivas: amor, cariño, ilusiones, etc. En el caso de depresiones leves, el estado de ánimo puede mejorar (si esto es posible) tomándose unas vacaciones, un tiempo alejado del enfermo, realizando alguna actividad gratificante, descansando lo suficiente.

En otras personas, la depresión es más grave. La depresión severa no se cura por sí misma, por lo que deben acudir, sin falta, a un médico que le administrará medicamentos o a un psicoterapeuta que le tratará mediante psicoterapia o le pondrá en contacto con grupos de apoyo y/o personas que están en su misma situación.

CONSEJOS PARA SU AUTOCAUIDADO

- Descanso diario: descanse cada día lo suficiente. Las reacciones de cansancio son frecuentes, pero identifique su límite y pida apoyo.
- Autocuidado de la salud: haga todo lo que pueda para conservar su propia salud. Vaya al médico periódicamente y explíquese su situación personal. Muchas veces el cuidador(a) debe medicarse por prescripción médica, para evitar el insomnio, la angustia o la depresión. También es frecuente la aparición de lesiones musculares, dolores de espalda, cervicales, etc., por el esfuerzo de mover a la persona mayor dependiente, para levantarlo o ducharlo. Toda dolencia debe ponerse en conocimiento del médico. De todas formas, asuma que Ud. también necesita cuidar su salud.
- Información: aprenda todo lo posible sobre la enfermedad que esté afectando a la persona mayor dependiente a su cuidado. La información tiene un importante papel en la reducción de la incertidumbre y la angustia.
- Compañía: no se aisle. A pesar de todo, continúe viendo a sus amigos y acuda a reuniones sociales. El cuidador(a) necesita tener amigos y también nuevos amigos relacionados con la situación que Ud. está viviendo.

- Actividades de esparcimiento: procure mantener alguna de las actividades que siempre le han divertido: ir al cine, pasear, pintar, hacer crucigramas, etc.
- Actitud positiva: la risa, el amor y la alegría son fundamentales para su bienestar y para su vida con la persona mayor. Si se siente bien "en medio del temporal", no se avergüence de ello. Procure buscar personas, cosas, situaciones y actividades que le satisfagan. Una persona serena irradia armonía, y si además se ríe, relajará el ambiente
- Descanso semanal: procure un tiempo semanal para Ud. Busque a un familiar, vecino, un conocido que cuide de la persona mayor dependiente unas horas a la semana para que Ud. pueda salir y relajarse. Intente tomar unas vacaciones, al menos anualmente; después de haber descansado verá las cosas con mayor
- Comunicación: es fundamental que comunique al resto de la familia sus sentimientos y sus temores para hacerles partícipes del problema y evitar sentirse culpable cuando dedique tiempo a sí mismo. Es muy frecuente también que el cuidador(a) padezca
- sentimientos encontrados, variables y, a menudo, contradictorios. En este caso, lo mejor es hablarlo con especialistas para que le proporcionen apoyo emocional o ponerse en contacto con otras personas que se encuentran en la misma situación para intercambiar impresiones.
- Valoración del círculo social: es esencial que el cuidador(a) mantenga sus relaciones sociales. En este sentido, y puesto que debe pasar muchas horas en la residencia cuidando a la persona mayor, es recomendable mantener visitas con los amigos y comunicarse con ellos en forma frecuente.
- Delegue y pida ayuda: acepte que necesita ayuda. Siempre que sea posible, delegue algunas de sus responsabilidades en los miembros que componen su entorno social (familiares, amigos, vecinos, etc.) Para ello, es fundamental que establezca líneas de comunicación estrechas con las personas que van a ejercer de cuidadores auxiliares para que todos conozcan el "día a día" de la persona mayor dependiente y lleven a cabo sus tareas de forma correcta.

- Grupos de apoyo: busque grupos de apoyo en su comunidad. Si no hay, fórmelo. Con un simple cartel en un centro vecinal, puede encontrar numerosas personas que viven su misma realidad

EJERCICIOS PARA EL CUIDADOR

Es importante que el cuidador(a) realice ejercicios en forma diaria, para aumentar la vitalidad, prevenir lesiones musculares y evitar el estrés. A modo de sugerencia, se presentan los siguientes ejercicios, los que deberían realizarse, por lo menos, durante 20 minutos.



Des contracción de espalda De rodillas y sentado sobre los talones, brazos al frente y las manos apoyadas en el suelo, inspire y eleve el cuerpo. En esta posición bote el aire. Los muslos deben formar un ángulo recto con las piernas. Repetir el ejercicio 10 veces.



Rotación de la cabeza

Hacer girar la cabeza suavemente a la izquierda 10 veces. Repetir el ejercicio rotando

La cabeza hacia la derecha, otras 10 veces más.

- Movimiento de hombros
- Levantar y bajar los hombros alternativamente, manteniendo el cuerpo erguido.
- Repetir el ejercicio 10 veces.
- Balaceo de brazos
- Con las piernas separadas, balancear los brazos. Repetir 10 veces.

Rotación del tronco

Con las piernas separadas, hacer girar el tronco, describiendo un círculo. Repetir 10 veces

- a) Fortalecimiento de abdominales
- b) Tumbada sobre la espalda, con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y las piernas, levante una pierna, tan alta como sea posible. Luego, bájela hasta el suelo tan lentamente como pueda.
- c) Repetir el ejercicio 10 veces con cada pierna.

Fortalecimiento de los dorsales

Tiéndase boca abajo con las piernas extendidas, procurando meter los pies bajo algún punto que ofrezca resistencia.

- a. Coloque un cojín bajo el abdomen.
- b) Ponga la cara casi tocando el suelo.
- c) Tire los hombros hacia atrás.
- d) Eleve el tronco manteniendo la postura el tiempo necesario para hacer una inspiración y botar el aire. Repetir varias veces el ejercicio.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Educación para el Autocuidado en salud- EPAS Volumen VIII .Salud de la tercera edad número 4, 1991
- Curso de formación de familiares, cuidadores de personas mayores Dependientes. Industriagráfica JOMISA, Donostia San Sebastián , España, abril de 1999.
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional del Adulto Mayor. 2010.
- Beeson. Myers, El Tratado de Enfermería de Mosby, Vol. 1 . 1995.





UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DEL CONTACTO	
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1001693363
APELLIDOS Y NOMBRES:	CERÓN ROCHA MARGARITA DE LOS ÁNGELES
DIRECCIÓN:	ELEODORO AYALA 1-124 Y GENARO JARAMILLO
EMAIL:	margaritaceron@hotmail.es
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:
062-956-488	0991309784

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL PARA ANCIANOS QUE ACUDEN A LOS ASILOS DE LA CIUDAD DE IBARRA, PREVIO DIAGNÓSTICO
AUTOR:	Margarita de los Ángeles Cerón Rocha
FECHA:	
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
Programa:	PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input checked="" type="checkbox"/>
Título por el que opta:	Magíster en Salud Familiar
Director:	Dr. Julio Miguel Andrade

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Margarita de los Ángeles Cerón Rocha con cédula de identidad 1001693363, en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la biblioteca de la universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIA

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 15 días del mes de Junio de 2015

LA AUTORA:

(FIRMA): 

Nombre: Margarita de los Ángeles Cerón Rocha
C.C: 1001693363

ACEPTACIÓN:

(FIRMA): 

Nombre: Ing. Betty Chávez M.
Cargo: Jefa de Biblioteca



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Margarita de los Ángeles Cerón Rocha con cédula de identidad 1001693363, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autora de la obra o trabajo de grado denominado: "MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL PARA ANCIANOS QUE ACUDEN A LOS ASILOS DE LA CIUDAD DE IBARRA, PREVIO DIAGNÓSTICO", que ha sido desarrollado para optar por el título de Magíster en Salud Familiar en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autora me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 15 días del mes de Junio de 2015

LA AUTORA:

(FIRMA):

Nombre: Margarita de los Ángeles Cerón Rocha
C.C: 1001693363